DE LA

PNEUMONIE AIGUË,

ET DU TRAITEMENT DE CETTE MALADIE
PAR LES ÉMISSIONS SANGUINES.

N° 48.
18.

DISSERTATION

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER,
LE MAI 1837,

PAR

EDMOND-PLACIDE PÉGAT,
DE MONTPELLIER,
Ex-Chirurgien interne à l'Hôpital-général et à la Maison des aliénés de cette ville, Membre de la Société chirurgicale d'émulation, Chirurgien sous-aide-major attaché successivement aux hôpitaux militaires d'instruction de Lille et de Strasbourg, à l'hôpital militaire du Gros-Caillou et à l'hôpital de perfectionnement du Val-de-Grâce, etc. etc.;

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.

La meilleure manière d'apprécier une méthode de traitement, c'est de la juger par ses résultats.

LAENNEC, *Auscultation médiate*, t. 1, p 499.

A MONTPELLIER,
Chez JEAN MARTEL AÎNÉ, Imprimeur de la Faculté de Médecine,
près l'Hôtel de la Préfecture, N° 10.

1837.

Faculté de Médecine

DE MONTPELLIER.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON EXCELLENTE MÈRE.

Témoignage de reconnaissance et d'amour.

A MA CHÈRE SOEUR,

A MON MEILLEUR AMI, MON FRÈRE.

Gage d'une affection sans bornes.

E. P.

Le travail que je soumets aujourd'hui au jugement de la Faculté devait, dans le principe, être beaucoup plus étendu qu'il ne l'est en ce moment; il devait embrasser l'histoire générale de la pneumonie à l'état aigu et à l'état chronique. Mais les circonstances, en m'imposant l'obligation de prendre tout de suite le grade de docteur, ne m'ont pas permis de réaliser en son entier le plan que je m'étais tracé. J'ai été forcé de mettre de côté tout ce qui concernait la pneumonie chronique. Je l'ai fait d'abord à regret, mais je m'en applaudis en ce moment, car depuis que je suis de retour à Montpellier, j'ai constaté que quelques-unes de mes idées sur cette maladie avaient encore besoin d'être mûries par la réflexion et par une plus longue expérience. Des convictions que je croyais profondes ont fléchi, je l'avoue, devant les observations qui m'ont été faites par quelques-uns des professeurs de la Faculté, dans les entretiens dont ils ont daigné m'honorer, et devant le nouvel aspect sous lequel ils m'ont amené à considérer les faits. Je ne m'occuperai donc, dans cette Dissertation, que de la maladie à l'état aigu. Rédigé à la hâte, mon travail sera nécessairement très-incomplet; on y remarquera, sans doute, de nombreuses imperfections et beaucoup d'omissions : quelques-unes de ces dernières sont volontaires. Pressé par le temps et n'ayant plus la prétention de faire une monographie complète, j'ai passé rapidement sur quelques parties de mon sujet qui n'avaient pas spécialement trait à la pratique. Je n'ai insisté que sur les points qui m'ont paru mériter le plus d'importance sous ce rapport. Tel qu'il est, du reste, je le soumets avec confiance à l'examen de la Faculté à laquelle je suis fier d'appartenir, et par mes affections et par mes premières études.

Qu'il me soit permis de remercier de leur bienveillante assistance, ceux de MM. les professeurs qui m'honorent de leur affection. C'est pour moi un devoir de leur témoigner hautement toute ma reconnaissance pour l'intérêt qu'ils m'ont toujours montré, pour les conseils qu'ils m'ont prodigués en cette circonstance, et surtout pour les soins paternels dont ils ont environné mon éducation médicale. Ce devoir, je suis heureux de le remplir aujourd'hui.

DE LA

PNEUMONIE AIGUË,

ET DU TRAITEMENT DE CETTE MALADIE

PAR LES ÉMISSIONS SANGUINES.

On désigne sous les noms de *pneumonie*, *pneumonite*, *péripneumonie*, l'inflammation du parenchyme pulmonaire. Cette inflammation peut être *aiguë* ou *chronique*, *simple* ou *compliquée*, *manifeste* ou *latente*, *sporadique* ou *épidémique*. Je ne m'occuperai, dans ce travail, que de celle qui se présente à l'état aigu, et j'entrerai en matière par l'appréciation de ses caractères anatomiques.

Considérée sous ce rapport, la pneumonie offre les trois degrés suivants :

1° Premier degré. *Engouement ; congestion séro-sanguinolente ; splénisation.* Le parenchyme pulmonaire a perdu une partie de son élasticité et de sa souplesse. Il crépite encore, mais beaucoup moins que dans l'état normal ; cette crépitation est quelquefois si faible, qu'on croirait avoir entre les mains un poumon de fœtus. Sa densité et sa pesanteur sont plus considérables, mais sa consistance est moindre ; aussi se déchire-t-il facilement quand on le presse ou quand on le tiraille. Il est gorgé de sang ; les vésicules pulmonaires contiennent

encore de l'air, mais elles renferment une quantité plus considérable de liquide. Sa couleur est altérée : à l'intérieur, il est rouge de sang, livide ; à l'extérieur, il présente des taches d'un rouge brun, vermeil, quelquefois violacées et livides, tandis que toutes les parties que l'inflammation n'a pas frappées conservent leur couleur normale, rose-pâle ou grisâtre. Si on incise les parties engouées, il s'écoule de la surface incisée une grande quantité de liquide séro-sanguinolent, trouble, rougeâtre, spumeux ; on peut, soit en pressant pendant longtemps des portions de poumon, soit en les lavant plusieurs fois, soit en les soumettant à des courants d'air, les débarrasser de tout ce liquide que la phlegmasie y a appelé : alors elles redeviennent élastiques, crépitantes, elles reprennent leur couleur primitive, et ressemblent en tout à celles qui sont restées saines.

Bien que la maladie puisse avoir été très-grave en raison de l'étendue de l'inflammation, celle-ci a toujours été peu intense quand elle n'a produit que ce simple engouement, quand elle n'a amené aucune autre altération de structure. Si elle acquiert une intensité plus grande, le poumon est modifié dans sa consistance, dans la cohésion de ses parties; il se ramollit au point de conserver l'empreinte des doigts, même quand ceux-ci n'exercent sur lui qu'une faible pression. Pour peu que cette pression soit considérable, il s'écrase, sans toutefois se réduire en grumeaux, comme cela arrive plus tard. Le liquide renfermé dans les vésicules s'écoule avec moins de facilité par les incisions pratiquées à cet effet ; il est aussi moins abondant et moins spumeux: quelques auteurs assimilent, en ce cas, le parenchyme pulmonaire au tissu de certaines rates qui *s'écrasent facilement sans toutefois se réduire en pulpe.* Ici il y a plus qu'engouement simple ; cependant il n'y a pas encore véritablement hépatisation, ramollissement rouge ; c'est un état intermédiaire à l'une et à l'autre de ces deux altérations, c'est la nuance qui les sépare et qui caractérise le passage du premier au second degré.

Le caractère anatomique qui résulte de ce premier degré de la pneumonie est quelquefois très-difficile à reconnaître sur un cadavre, et à distinguer de l'engouement dont le poumon devient presque toujours le siége avant la mort, et même de celui qui résulte d'un simple

engorgement cadavérique. M. Bouillaud affirme que cette distinction est souvent impossible, si on ne s'éclaire que de l'anatomie pathologique. M. Lallemand pense, au contraire, que l'on peut toujours reconnaître une inflammation, n'eût-elle duré qu'un jour ou deux, à la diminution de consistance du parenchyme, à la moindre cohésion de ses parties. M. Andral partageait d'abord l'avis de M. Lallemand, et il avait établi (*Clinique médicale, première édition*), que l'on devait regarder comme ayant été enflammé, tout poumon dans lequel on constatait une friabilité plus grande que dans l'état physiologique ; mais il s'est rétracté depuis par suite de nouvelles recherches (V. *Anatomie pathologique*). Ce professeur pense aujourd'hui qu'il en est de la consistance du poumon comme de la couleur de cet organe, qu'elle peut être modifiée par l'une ou par l'autre des causes dont nous avons parlé plus haut, et que par conséquent on ne saurait l'admettre comme caractéristique de ce premier degré de la pneumonie.

2° Deuxième degré. *Hépatisation rouge ; ramollissement rouge; carnification.* A mesure que la phlegmasie viscérale fait des progrès, le poumon se ramollit de plus en plus. Il devient imperméable à l'air, ne crépite plus et ne surnage plus dans l'eau. Sa couleur extérieure est toujours rouge, mais elle est quelquefois moins livide qu'au premier degré. A l'intérieur, il offre une teinte rougeâtre, uniforme dans la plupart des cas ; cependant cette teinte rouge présente parfois diverses nuances, tantôt plus, tantôt moins foncées, et qui varient depuis le rouge clair jusqu'au rouge de sang. Les ramifications celluleuses qui constituent les lobes ou lobules pulmonaires se dessinent en lignes blanchâtres sur cette teinte, où l'on peut aussi reconnaître à l'œil nu les canaux bronchiques et les vaisseaux artériels et veineux.

Le liquide renfermé dans les vésicules est beaucoup moins abondant que dans le degré précédent. Il n'est plus aussi écumeux, mais il est trouble et épais; il ressemble quelquefois à de la lie de vin. Quand on incise les parties, il s'en écoule difficilement, quelquefois il en suinte à peine quelques gouttes ; mais si on exerce une légère pression, ou si l'on racle la surface incisée avec la lame d'un scalpel, on en exprime une certaine quantité. Si la maladie tend à passer au troisième degré,

l'on trouve dans ce liquide quelques points blanchâtres qui semblent formés par une matière puriforme. Le tissu pulmonaire est excessivement friable ; il s'écrase avec la plus grande facilité et se réduit en pulpe rouge ou en grumeaux, qui ne diffèrent du liquide dont je viens de parler que par une plus grande consistance : il suffit, pour amener ce résultat, de le presser légèrement. Pour peu qu'on le tiraille ou qu'on le gratte avec les ongles, il se déchire.

M. Laennec prétend que le poumon hépatisé n'est jamais dilaté ; M. Broussais affirme, au contraire, avoir vu quelquefois des poumons tellement tuméfiés, que la poitrine ne semblait pas assez vaste pour les contenir, et que l'empreinte des côtes s'y traçait d'une manière très-sensible par une dépression de couleur jaune-blanchâtre. Cet état particulier, qui, malgré les dénégations de M. Laennec, a été depuis observé par M. Scoutetten (de Metz), se rencontre, d'après Frank, qui en cite aussi des exemples, plus souvent à droite qu'à gauche de la poitrine, à cause probablement du volume du foie.

Le parenchyme est formé par un nombre infini de petites granulations rouges, rondes ou ovoïdes, qui sont agglomérées, pressées les unes contre les autres, et que l'on peut souvent distinguer à l'œil nu, quand on les regarde à contre-jour, après avoir préalablement déchiré une portion de tissu : quelquefois elles ne sont visibles qu'à la loupe. Ces granulations offrent les différentes nuances dont j'ai parlé ci-dessus, et leur couleur varie depuis le gris violet jusqu'au rouge lie de vin ; elles sont formées par les vésicules pulmonaires épaissies et engorgées, et l'aspect granuleux qu'elles donnent au poumon est considéré par M. Laennec comme caractéristique du second degré.

3° Troisième degré. *Hépatisation grise ; ramollissement gris, avec infiltration purulente ou formation d'abcès.* Ce degré est caractérisé par une extrême friabilité et par une teinte grise, pâle ou jaunâtre. Le poumon, arrivé à cet état, est complétement privé d'air. Ce fluide est remplacé dans les vésicules par une quantité plus ou moins grande d'un liquide jaune, opaque, visqueux. Le tissu pulmonaire est très-ramolli et très-friable ; il présente l'aspect que j'ai précédemment

indiqué, et il est formé par les mêmes granulations ; mais celles-ci sont plus considérables, et leur couleur, au lieu d'être uniformément rouge, est grise ou blanchâtre. En raison de leur volume, on les voit plus facilement, et quand on les examine avec soin, on peut assez bien distinguer leur nombre et leur disposition qui ne sont pas toujours les mêmes: quelquefois elles semblent massées en grande quantité dans une portion donnée du parenchyme pulmonaire ; d'autres fois, dans un même espace, elles existent en moins grand nombre : tantôt elles sont isolées, tantôt elles sont réunies ou agglomérées, tantôt enfin elles semblent ne pas exister : on n'en voit pas distinctement une seule, et l'on n'aperçoit qu'une surface lisse d'une couleur uniforme.

Si l'on incise le tissu pulmonaire, il s'en écoule à l'instant un liquide grisâtre, jaunâtre, visqueux, opaque, dont l'odeur est fade et qui offre tous les caractères du véritable pus. La quantité de ce liquide est fort variable ; elle est souvent très-considérable, et il suffit de porter l'instrument tranchant sur le poumon, pour que d'une ou de plusieurs incisions il ruisselle à flots ; d'autres fois il faut, pour qu'il s'écoule, qu'on comprime le tissu de l'organe, et qu'on le presse légèrement sans l'écraser. Alors il vient paraître sur la surface incisée en petites gouttelettes, que l'on peut enlever et remplacer successivement par d'autres que l'on obtient de la même manière. Ce liquide paraît sortir des bronches capillaires et des vésicules elles-mêmes, car, quelque apparentes que celles-ci fussent d'abord, elles cessent d'être visibles dans un morceau de poumon que l'on a aussi comprimé, et dont on a par conséquent exprimé le contenu. Le ramollissement et la friabilité du poumon à ce degré sont en raison directe de la quantité de liquide qui le pénètre, et cette quantité pouvant être très-considérable, il s'ensuit que parfois le ramollissement et la friabilité sont portés à l'excès. Il suffit, en effet, dans beaucoup de cas, d'appuyer légèrement le doigt sur l'organe pour le déchirer, de le presser un peu pour le réduire en pulpe, en grumeaux; enfin, d'y toucher, pour ainsi dire, pour en creuser la surface et pour déterminer la formation d'une petite cavité qui se remplit aussitôt de pus.

Ce pus, que nous venons de voir à l'état diffus et parsemant la

totalité d'un lobe ou d'un poumon, est quelquefois aussi réuni en foyer et forme un véritable abcès dont les parois sont formées par des portions de tissu pulmonaire, hépatisées en rouge ou en gris. Les anciens médecins pensaient qu'à la suite d'une pneumonie rien n'était plus commun que des collections purulentes, de véritables abcès dans le parenchyme. Les médecins modernes pensent, au contraire, que rien n'est plus rare, et que les vomiques de leurs devanciers n'étaient rien autre chose que des cavernes résultant du ramollissement d'une masse de matière tuberculeuse. C'est à peine si aujourd'hui, dans l'état actuel de la science, on pourrait citer une vingtaine d'observations bien authentiques, bien concluantes, de collections purulentes de cette nature. Dans le cours d'une pratique de vingt ans, M. Laennec n'en a rencontré que six; M. Andral en a constaté trois; M. Chomel deux; MM. Honoré, Martin-Solon et Bouillaud en ont aussi observé. Dans les divers cas publiés par ces auteurs, le pus était réuni en foyer, tantôt plus, tantôt moins considérable, foyer dont les parois étaient limitées et formées par des portions de poumon ramollies, infiltrées, mais dont la consistance allait s'augmentant à mesure qu'on s'éloignait du point central de l'abcès. Le reste de l'organe présentait les diverses altérations que l'on y rencontre d'habitude et que je viens de décrire.

La pneumonie pouvant exister à différents degrés chez le même sujet et dans le même organe, un seul poumon peut présenter, dans des portions distinctes de son étendue, plusieurs des altérations qu'elle amène à sa suite; il peut même les réunir toutes les trois, et une portion donnée du parenchyme pulmonaire peut offrir un mélange d'hépatisation grise et rouge, avec prédominance de l'une ou de l'autre, et un simple état d'engouement. On se rend facilement compte de ces résultats produits par une même cause, l'inflammation, en pensant qu'elle peut avoir envahi successivement divers points de la substance pulmonaire, ou qu'en les frappant en même temps, elle peut s'y être développée avec une rapidité disproportionnelle. Nous aurons occasion de voir que la phlegmasie n'occupe pas toujours un siége unique, déterminé, dans le poumon, mais qu'elle peut s'y disséminer sur une

foule de points, et constituer par conséquent autant de pneumonies partielles. C'est ce qui arrive surtout quand la pneumonie succède à une bronchite sur-aiguë: l'irritation se propage, dans ce cas, des bronches les plus enflammées aux parties du tissu pulmonaire qui en sont les plus rapprochées, et celles-ci peuvent être arrivées à un état plus ou moins avancé de désorganisation, lorsque d'autres sont à leur tour envahies et altérées.

Il serait difficile de dire combien il faut de temps à la pneumonie pour passer de l'un à l'autre de ces degrés, et pour les parcourir tous. (*Voir plus bas l'article* Durée.) En quelques circonstances, la phlegmasie, après avoir amené brusquement l'un de ces états pathologiques, semble rester stationnaire, puis rétrogade ou provoque de nouvelles altérations; d'autres fois, elle marche à la désorganisation complète du poumon avec une rapidité qu'il est souvent très-difficile, pour ne pas dire impossible, de modérer. C'est surtout ce qu'on observe dans les rechutes, quand le malade, à la suite d'un traitement rationnel qui a sensiblement amélioré son état, s'expose de nouveau aux causes qui ont provoqué la maladie; il ne lui faut alors que quelques heures pour passer d'un degré à l'autre, pour changer l'état pathologique d'un lobe entier. J'ai vu souvent l'hépatisation rouge s'établir en quelques heures, le poumon passer en trois jours de l'engouement au ramollissement gris: une seule fois j'ai eu occasion de voir une pneumonie arriver en quarante-huit heures à la troisième période.

Siége. On s'est souvent demandé quel était le siége précis de la pneumonie, la partie du poumon où résidait spécialement l'inflammation? Les auteurs ne sont pas d'accord sur ce point. Laennec ne se prononce pas: il dit seulement que c'est le tissu pulmonaire qui est malade; mais lequel des éléments de ce tissu? M. Andral pense que la pneumonie consiste essentiellement dans l'inflammation des vésicules pulmonaires, et il se fonde sur ce que le râle crépitant du premier degré de cette maladie paraît avoir son siége dans les plus petites bronches, *les vésicules pulmonaires ne paraissant être autre chose que les dernières extrémités bronchiques renflées en cul-de-sac.* M. Broussais place ce siége dans la muqueuse qui tapisse ces vési-

cules. Je pense, avec M. Bouillaud, que dans l'immense majorité des cas, le tissu inter-vésiculaire participe à la phlegmasie de la muqueuse, et que ces deux éléments sont également frappés par la maladie.

La pneumonie, ai-je dit, peut occuper toutes les diverses parties du parenchyme pulmonaire. Elle peut l'envahir dans presque toute son étendue, ou ne se développe que dans un ou plusieurs de ses points; elle peut siéger à la base, au centre, à la racine, au sommet ou à la périphérie du poumon ; elle peut attaquer tout ou partie d'un lobe, ou bien elle peut se manifester dans plusieurs lobes à la fois ou successivement, et de manière à ce qu'ils soient tous malades aux mêmes ou à divers degrés. Voici quelques données statistiques à cet égard:

Sur 50 malades que j'ai observés à Strasbourg, dans le service de M. le prof[r] Roux ; à Paris, au Val-de-Grâce et au Gros-Caillou dans les salles de MM. Cornac, Regnault, Broussais père, C. Broussais et Alquié, j'ai constaté que 30 avaient le poumon droit enflammé, 14 le gauche et 6 les deux poumons à la fois. Sur 41 malades traités par M. Récamier et observés par M. Martin-Solon, la phlegmasie avait son siége dans le poumon droit chez 22, dans le gauche chez 12, et dans les deux poumons chez 2 seulement. Sur 59 pneumonies observées par M. Chomel, il y en avait 28 à droite, 15 à gauche, et 16 des deux côtés; et encore, parmi ces dernières, on constata que 5 furent plus intenses à droite qu'à gauche. M. Andral a recueilli, à l'hôpital de la Charité (service de M. Lerminier), 151 observations de pneumonies, parmi lesquelles 90 avaient leur siége à droite, 38 à gauche, et 17 des deux côtés: le siége des 6 autres n'avait pas été connu. De plus, ce même auteur a recueilli, dans les ouvrages de Stoll, Morgagni, De Haën, Pinel, et de M. Broussais, 59 autres cas bien constatés, bien authentiques de pneumonie, et il en a trouvé 31 droites, 20 gauches et 8 doubles.

Ainsi donc, en additionnant tous ces résultats numériques, on trouve que sur un total de 360 pneumonies, 201 avaient occupé le poumon droit, 104 le gauche, 49 les deux : abstraction faite des 6 dont le siége n'avait pas été précisé.

Maintenant la pneumonie envahit-elle également les divers lobes du poumon? Occupe-t-elle le lobe supérieur aussi souvent que l'inférieur? Cette question est grave et elle mérite d'être éclaircie par des faits, car elle jette du jour sur une autre question bien autrement importante, celle de savoir quel rôle joue l'inflammation dans la production des tubercules. Quelques auteurs affirment que la phlegmasie des lobes supérieurs est très-rare comparativement à celle des lobes inférieurs: je ne le pense pas et je partage sous ce rapport l'opinion de MM. Andral et Alquié. Tous les cas de pneumonie qui se sont présentés depuis deux ans à l'hôpital militaire de perfectionnement du Val-de-grâce, dans le service de M. Alquié, ont été soigneusement observés et recueillis par ce professeur, ou sous ses yeux; et je puis affirmer que, d'après ses relevés, il regarde l'inflammation du lobe supérieur comme assez fréquente, quoique l'étant bien moins que celle de l'inférieur. Quant à M. Andral, sur 88 cas, il a constaté 47 fois la phlegmasie du lobe inférieur, 30 fois celle du supérieur, et 11 fois celle de la totalité de l'organe. Ces résultats sont aussi à peu près ceux que j'ai constatés. Sur les 50 cas que j'ai observés, il y en avait 32 où l'inflammation siégeait en bas du poumon, 15 dans la partie supérieure et 3 dans tout l'organe. M. Bouillaud, tout en regrettant de ne pouvoir classer aussi près de 200 pneumonies observées dans le cours d'une pratique de vingt années, annonce avoir très-souvent trouvé la pneumonie du sommet du poumon, et il établit qu'elle est à celle des lobes inférieurs comme 1 est à 3.

Invasion. Le début de la pneumonie est très-variable, même quand elle est franche, primitive et dégagée de toute complication. Elle s'annonce ordinairement par un frisson plus ou moins violent, et par un point de côté qui se fait sentir tout-à-coup. A ces premiers symptômes succèdent peu après la toux, la dyspnée, l'oppression et la fièvre; mais ceux-ci peuvent apparaître de prime-abord et se manifester sans qu'il y ait eu auparavant douleur pleurétique et frisson. Quelquefois il n'existe pas de point de côté, il n'y a que du frisson; d'autres fois l'inverse a lieu. L'ordre dans lequel apparaissent ces deux symptômes n'est pas non plus constant; tantôt, et c'est le cas

le plus habituel, c'est le frisson qui ouvre la scène; tantôt, au contraire, c'est la douleur qui précède.

Si la pneumonie succède à une autre maladie, ou si elle se développe pendant son cours, elle présente dans son invasion différentes formes qu'il importe de signaler avec soin, pour ne pas s'exposer à la méconnaître et à la rendre mortelle, faute de l'avoir diagnostiquée et combattue assez à temps. J'insisterai plus tard sur ce point si important, en traitant des complications; toutefois il est bon d'en dire ici quelques mots.

La bronchite, soit aiguë, soit chronique, donne souvent naissance à la pneumonie. L'auscultation indique aujourd'hui, avec beaucoup de précision, le moment où la phlegmasie s'étend des bronches grosses ou petites aux vésicules pulmonaires, dans les cas de pneumonie consécutive à la bronchite aiguë, cas qui, pour le dire en passant, sont beaucoup moins rares qu'on ne le pense communément. Mais avant la découverte de l'auscultation, il était quelquefois bien difficile de signaler ce moment précis. Il arrive, en effet, de deux choses l'une: ou qu'il se développe de nouveaux symptômes qui répondent au nouveau siége qu'occupe la phlegmasie, ou que les symptômes précédemment observés s'exaspèrent graduellement sans s'accompagner de nouveaux signes. Dans le premier cas, il n'y a pas à se tromper, l'apparition du point de côté et l'expectoration facilitent singulièrement le diagnostic. Dans le second cas, il n'en est pas de même, et la pneumonie devait être souvent méconnue et regardée seulement comme une bronchite sur-aiguë, à l'époque où l'auscultation n'en pouvait révéler la véritable nature. Quant aux pneumonies qui se développent pendant le cours des bronchites chroniques, et dont, vu l'absence de tout signe pathognomonique, il est si difficile de reconnaître l'existence et de signaler l'invasion, la dyspnée et l'augmentation de la fièvre sont les seuls indices auxquels on puisse se fier, bien qu'ils soient loin d'être infaillibles.

Quelquefois l'inflammation du parenchyme pulmonaire débute par cet ensemble de symptômes qui constituent ce qu'on désigne sous le nom de fièvre inflammatoire, et que les anciens appelaient d'une ma-

nière plus spéciale, fièvre péri-pneumonique. J'ai eu l'occasion de l'observer plusieurs fois, et entre autres sur un infirmier de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, soldat robuste, sanguin et pléthorique, qui depuis deux ou trois jours se plaignait d'un malaise général et d'une violente céphalalgie. Le repos, les pédiluves et la diète n'ayant pas amélioré son état, il se présenta à la visite. Il offrait les symptômes suivants: face rouge et un peu vultueuse, yeux brillants, conjonctives injectées, éblouissements, vertiges, battement des artères temporales et carotides, vive céphalalgie frontale, engourdissement des facultés intellectuelles, abattement; le pouls était plein, fort et fréquent; la respiration fréquente, sans paraître gênée au malade; la toux légère et sans douleur, pas d'expectoration; la langue était un peu rouge à sa pointe et sur ses bords; il y avait soif, inappétence, constipation; les urines étaient rouge-foncé et sécrétées en petite quantité. Cet état fut combattu par la saignée; il dura deux jours, avec une intensité moindre, il est vrai, après l'émission sanguine. Pendant ces deux jours, il fut ausculté deux fois avec beaucoup de soin, sans que l'on pût reconnaître le moindre phénomène respiratoire insolite, autre que ceux que j'ai indiqués. Ce ne fut qu'au bout de ces deux jours, qu'en auscultant une troisième fois, on reconnut un léger râle crépitant à la partie postérieure du côté droit, depuis l'angle inférieur de l'omoplate de ce côté jusqu'à la base du thorax. Le bruit normal de la respiration n'était pas masqué par ce râle crépitant qui le matin était très-faible, mais qui le soir devint beaucoup plus intense. Les crachats apparurent le lendemain, sixième jour de la maladie, et en même temps, malgré une nouvelle saignée et une application de sangsues faites la veille, la percussion et l'auscultation révélèrent une hépatisation rouge, peu étendue, au point indiqué. Cette pneumonie fut combattue et guérie par un traitement énergique. Ici, sans le soin tout particulier que l'on mit à explorer la poitrine, la phlegmasie à son début aurait pu être facilement méconnue; car, dans les symptômes que j'ai détaillés, il n'en était pas un qui supposât l'inflammation consécutive du poumon, plutôt que celle des méninges, de l'estomac, etc., la toux seule, ou réunie à ce faible degré d'accélération de la respiration, aurait pu la

faire soupçonner, et encore n'aurait-on pas pu attribuer l'une et l'autre à une simple bronchite? Si l'on n'eût eu recours à une auscultation réitérée, on n'eût acquis la certitude de l'existence de la pneumonie qu'au moment où les crachats commencèrent à paraître avec leurs caractères distinctifs, c'est-à-dire le sixième jour. Jusque-là, comme il n'y avait eu ni frisson, ni point de côté, etc., on se fût borné au traitement qu'on avait employé d'abord et qui n'eût pas été assez énergique pour faire disparaître la maladie.

Dans certaines circonstances, l'invasion de la pneumonie n'est signalée par aucun signe caractéristique; elle s'établit et parcourt toutes ses périodes sans qu'on puisse reconnaître son existence, et ce n'est qu'à l'autopsie que se révèle sa présence, qui, durant la vie, n'a nullement modifié les phénomènes respiratoires précédemment observés. C'est ce qui arrive dans le cours de certaines maladies, dans celles surtout que l'on désigne sous le nom de fièvres essentielles, chez les phthisiques, les anévrismatiques et autres. Tout ce qu'on peut dire dans tous ces cas, et encore ces symptômes peuvent-ils n'être pas dus au développement d'une pneumonie intercurrente, c'est que la complication d'une phlegmasie pulmonaire se trahit par une plus grande accélération de la respiration et par une excessive dyspnée. Toutefois, il peut en être de la dyspnée comme de la toux, comme de la douleur, comme de l'expectoration; elle peut aussi ne pas exister au début de la maladie, quand celle-ci se développe pendant le cours d'une fièvre adynamique, ou chez des sujets dont la constitution a été profondément altérée, chez lesquels les forces sont perdues, la maigreur considérable et la prostration extrême, quelle que soit la cause morbide qui ait amené ce résultat. Dans toutes ces occasions, il n'existe aucun signe qui puisse trahir la pneumonie.

Causes. Les causes de la pneumonie sont nombreuses et fort diverses. Vouloir indiquer toutes celles qui concourent à produire cette maladie, ce serait vouloir énumérer, pour ainsi dire, toutes celles qui provoquent ou déterminent l'inflammation elle-même; du moins, faudrait-il signaler tout ce qui agit sur les organes respiratoires d'une manière spéciale. Quelques-unes de ces causes ont une influence qu'on ne peut

se refuser à admettre ; mais il en est beaucoup qui sont réellement peu actives, et dont l'importance a été singulièrement exagérée. Il en est qui sont seulement prédisposantes, d'autres qui sont occasionelles. En général, tout ce qui accélère l'action du poumon, qui en rendant cette action plus rapide la rend aussi plus prolongée, concourt à produire la phlegmasie de cet organe. Il en est de même de tout ce qui, agissant en sens inverse, la ralentit et l'annulle, du moins autant que cela est possible.

Ainsi, sans parler des blessures, des contusions, des plaies pénétrantes du thorax, de la présence des corps étrangers, de l'inspiration des gaz irritants qui la produisent aussi, mais d'une manière différente, l'inspiration d'un air froid et vif, la rétention forcée et prolongée de la respiration, une marche rapide, les cris, le chant, la toux portés très-loin, la déclamation, l'usage habituel des boissons stimulantes, les efforts violents et prolongés pendant lesquels les côtes et le diaphragme demeurent immobiles, l'impression prolongée du froid, le refroidissement subit de la peau quand elle est le siége d'une abondante transpiration, le refroidissement de la muqueuse gastrique dans les mêmes circonstances, l'irritation primitive des organes digestifs, du foie, etc. etc. : tout cela peut être rangé, avec raison, au nombre des causes déterminantes de la pneumonie. Il en est de même du poison de quelques serpents, de l'injection dans les veines de diverses substances médicamenteuses. (Anglada, *Cours oral de méd. leg.* 1830.)

Parmi celles qui y prédisposent on peut indiquer les suivantes : la conformation vicieuse du thorax ; les personnes qui ont la poitrine étroite, aplatie, chez lesquelles la respiration est généralement brève et le pouls petit, la contractent en effet avec une certaine facilité : on peut en dire autant de celles qui sont lymphatiques à un haut degré, même quand la poitrine est chez elles ample et bien conformée ; l'habitation dans les lieux élevés où l'air est sec et vif et agité par des vents fréquents ; l'habitation dans les pays froids et humides ; la pléthore ; un tempérament éminemment sanguin ; toutes les professions qui forcent ceux qui s'y livrent à s'exposer aux intempéries et aux vicissitudes de l'air, qui les exposent à des émanations irritantes,

(soldats, maçons, boulangers, commissionnaires, porteurs d'eau, crieurs publics, plâtriers, ouvriers employés dans les fabriques d'acides, etc. etc.)

Y sont encore prédisposées les femmes à l'époque de la puberté ou de l'âge critique, aux approches de leurs règles, à la suite de la suppression ou du retard de cette évacuation menstruelle ; les personnes sujettes à une hémorrhagie habituelle périodique, soit hemorrhoïdale, soit nasale, quand elle vient à se supprimer ; celles qui se refusent à l'habitude contractée depuis long-temps de se faire saigner à des époques fixes, etc. etc.

Ce qu'il faut surtout signaler et placer en première ligne dans l'étude étiologique de la pneumonie, c'est une disposition particulière de l'atmosphère que nous ne pouvons saisir et analyser, et dont nous sommes impuissants à constater autre chose que les effets funestes. On a vu des épidémies de pneumonie se développer avec une extrême énergie, et frapper un grand nombre d'individus dans des localités qui ne présentaient aucune des conditions présumées nécessaires à sa production, et où on ne pouvait raisonnablement les attribuer au froid, à la sécheresse ou à toute autre cause connue. A quoi attribuer l'apparition de ces épidémies ? Faut-il, comme le faisaient les anciens, l'attribuer à une cause occulte *sui generis ?* Ne vaut-il pas mieux accuser l'existence de certaines dispositions atmosphériques qu'on n'aura pas signalées, ou que, peut-être, faute de les avoir convenablement étudiées, on n'aura pas appréciées ?

La suppression de certains exanthèmes aigus (variole, rougeole, scarlatine) est-elle une des causes occasionelles, comme l'affirment la plupart des auteurs, ou bien n'est-elle que l'effet de la pneumonie, ainsi que le prétend M. Andral ? L'une et l'autre de ces deux assertions me semblent vraies. Il est des circonstances où on ne peut se refuser à admettre l'influence qu'exerce sur un de ces exanthèmes le développement d'une pneumonie intercurrente, où l'on voit, pour ainsi dire, l'inflammation viscérale naître et grandir, et consécutivement l'exanthème se flétrir et disparaître. Mais il en est d'autres aussi où la phlegmasie cutanée ne se développe pas d'une manière convenable, bien que

l'on ne puisse en accuser une inflammation interne qui n'existe pas, quoiqu'elle puisse se manifester plus tard. J'ai eu occasion d'observer un cas de ce genre à Strasbourg (*Clinique du professeur Roux, hôpital militaire*), chez un soldat du 49e régiment, atteint de variole. La maladie, qui s'était d'abord développée avec régularité, ne marchait pas d'une manière satisfaisante. Mécontent de l'état de ce sujet, M. Roux l'examina avec le plus grand soin afin d'en découvrir et d'en supprimer, si c'était possible, la cause. Toutes les cavités furent explorées avec la plus grande attention, et l'on ne put signaler aucun indice ni de pneumonie, ni de gastro-entérite, ni d'encéphalite ni de toute autre maladie intercurrente. Le lendemain cet examen fut renouvelé sans plus de résultat, et pourtant le surlendemain, à la visite du matin, il existait une pneumonie qui s'annonçait par des symptômes terribles. Il est vrai pourtant de dire avec M. Andral, que les choses ne sont pas toujours telles, et que souvent il existe une phlegmasie pulmonaire dont les symptômes sont faiblement dessinés, où il n'y a ni toux, ni dyspnée, ni expectoration, et dont il est parconséquent facile de méconnaître la présence.

Une autre cause prédisposante de pneumonie sur laquelle il ne saurait exister de doute, et qui est aussi à la fois cause et effet de l'inflammation du poumon, c'est l'existence des tubercules pulmonaires. L'irritation habituelle que produisent ces tubercules dans le parenchyme, en amène souvent la phlegmasie, et celle-ci à son tour favorise le développement et hâte le terminaison funeste de la phthisie.

Toutes ces causes que je viens d'indiquer n'ont pas une égale valeur, ainsi que je l'ai déjà annoncé. Parmi elles, il en est une qui mérite d'être particulièrement discutée, parce que son importance est très-grande, bien que dans ces derniers temps elle ait été méconnue et presque niée : je veux parler du froid. Quand cette cause est appliquée au corps avec une certaine intensité, elle provoque d'une manière presque constante la phlegmasie qui nous occupe, et cela, pour peu que le sujet y soit prédisposé : presque tous les auteurs soit anciens, soit modernes, sont d'accord sur ce point. Il n'est, pour ainsi dire, pas de médecins qui, pratiquant dans les villes ou dans les campagnes,

n'aient eu de nombreuses occasions de vérifier l'influence du froid et la part qu'il prend dans la production de la pneumonie ; mais c'est surtout aux médecins militaires que cette cause se révèle plus évidente et plus puissante qu'on ne le croit communément. Aujourd'hui, depuis nos grandes guerres de la révolution et de l'empire, l'hiver n'est plus considéré comme une raison de suspendre ou de différer une campagne ; aussi les soldats sont-ils obligés de braver le froid, la pluie, la neige et les intempéries de l'air à une époque où ils sévissent plus intenses et plus fréquents que jamais. Aussi est-on douloureusement surpris en lisant les écrits des médecins d'armée les plus distingués, de MM. Broussais, Larrey, etc., de voir combien ces circonstances leur ont été préjudiciables, et combien d'entre eux sont morts victimes du froid, et par suite de pneumonie dans ces campagnes d'hiver. En temps de paix, c'est encore au froid qu'il faut attribuer l'immense majorité des phlegmasies du parenchyme pulmonaire que nous avons à traiter dans nos hôpitaux. Sur les 50 malades dont j'ai recueilli les observations dans diverses grandes places de guerre, 35 avaient contracté leur pneumonie en restant exposés à un froid continu, et 10 par suite de la suppression brusque de la transpiration due à la même cause.

Cette même cause, qui non-seulement provoque d'une manière si évidente la pneumonie, mais qui encore souvent l'entretient, l'exaspère et l'amène à une funeste terminaison, a été pourtant mise en doute par quelques médecins, dont le nom fait autorité dans la science. Laennec n'a-t-il pas affirmé que *rien n'était plus commun que de voir des hommes attaqués de cette phlegmasie, au coin de leur feu et malgré tous les soins qu'ils prenaient de leur santé?* M. Chomel n'est-il pas allé plus loin, en avançant que l'influence du froid était très-secondaire, souvent même très-douteuse? « J'ai vu, dit-il, dans presque « tous les cas, la pneumonie, comme la plupart des autres maladies, « se développer sous l'influence d'une disposition intérieure dont l'es- « sence nous échappe. » Qu'il me soit permis d'emprunter à M. Bouillaud quelques-unes des réponses faites par lui à l'assertion de son collègue : « Parce que tous les individus qui, après avoir eu chaud, « s'exposent à un brusque refroidissement, ne contractent pas une

« pneumonie, ou parce qu'un individu qui l'a contractée à la suite de « cette influence l'avait bravée impunément plusieurs fois, en conclure « que cette cause n'a qu'une influence très-douteuse dans la production « de la pneumonie, c'est comme si l'on soutenait qu'une chute sur le « grand trochanter, une chute sur le moignon de l'épaule, n'ont qu'une « influence très-douteuse sur la fracture du col du fémur et de la cla- « vicule, attendu que tous les individus qui éprouvent une telle chute « ne se fracturent pas les parties indiquées. C'est comme si l'on soute- « nait qu'assister à une bataille est une cause qui n'a qu'une influence « très-douteuse sur la production des blessures, attendu que tous ceux « qui sont présents à une bataille ne sont pas blessés. »

Ceci, du reste, est une question de fait que les médecins des hôpitaux peuvent facilement résoudre. M. Chomel affirme, il est vrai, que 14 malades seulement (près d'un cinquième) sur 79 qu'il a interrogés avec le plus grand soin, devaient leur pneumonie à un refroidissement quelconque. Mais M. Bouillaud affirme, à son tour, sans toutefois préciser des chiffres comme son collègue, que de 100 malades qu'il a traités en trois ans et qu'il a aussi interrogés *avec le plus grand soin*, le plus grand nombre avait éprouvé ce qu'il désignait sous le nom de *sueur rentrée*. A l'appui de l'opinion de M. Bouillaud, je dirai que sur 41 malades placés absolument dans les mêmes conditions que ceux de M. Chomel, appartenant à la même classe de la société, aux mêmes professions, habitant les mêmes quartiers de Paris, admis dans le même hôpital et observés par un médecin habile, M. Récamier, il n'en était pas un seul qui n'eût contracté l'inflammation pulmonaire en restant exposé au froid sec ou humide.

Une fois admise comme une puissante cause occasionelle de la phlegmasie viscérale qui nous occupe, cette influence du froid peut-elle être expliquée dans son mode d'action ? Appliqué à la surface du corps, le froid, en amenant une suspension ou seulement une diminution des fonctions de la peau, provoque-t-il une augmentation relative dans celles du poumon, et peut-il, en vertu des rapports qui existent entre les deux organes, activer celles de ce dernier jusqu'à ce qu'il y ait phlegmasie ? La congestion qui doit se former dans le

parenchyme pulmonaire lorsque le froid trouble la circulation du sang, la surexcitation qui doit résulter pour l'organe respiratoire de l'excès de travail auquel il devient soumis, suffisent, ce me semble, pour que l'on puisse répondre que oui, et pour expliquer l'irritation et par suite l'inflammation dont il devient le siége. Ne peut-on pas, d'ailleurs, expliquer l'action morbide du froid par l'impression directe qu'il produit sur le poumon ?

La pneumonie est beaucoup plus fréquente à certaines époques de l'année, dans certaines saisons, que dans d'autres ; aussi ces saisons ont-elles toujours été mises au nombre des causes de cette maladie. Nous recevons habituellement dans les hôpitaux militaires un grand nombre de pneumoniques, en raison de la position particulière du soldat, et de l'impossibilité où il se trouve souvent de se garantir du froid, de la pluie, etc. ; mais il est constant que nous en recevons beaucoup plus en hiver et au commencement du printemps. Les variations brusques de la température, à cette époque de l'année, expliquent suffisamment ce fait, qui, du reste, a été aussi observé dans les hôpitaux civils. M. Andral dit qu'à la Charité le maximum des pneumonies correspond aux mois de mars, d'avril et de mai. M. Bouillaud rapporte que, sur 63 malades qui entrèrent pour cause de pneumonie, en 1822, à l'hospice Cochin, il y en eut 27 dans les trois premiers mois de l'année et 15 dans les trois seconds, plus des deux tiers ; 12 seulement entrèrent dans le troisième trimestre et 9 dans le dernier. En outre, sur 37 malades, admis en 1833 dans le service de ce professeur, à la Charité, depuis la fin de mars jusqu'à la fin d'août, 2 furent reçus en mars, 12 en avril, 9 en mai, 5 en juin, 4 en juillet et 5 en août (1).

Les hommes sont plus exposés à contracter la pneumonie que les femmes. Il est facile d'en trouver la raison dans le genre différent de leurs occupations et dans la nature de leurs travaux. On a constaté, chaque année, dans les grands hôpitaux de Paris, que le nombre des

---

(1) 31 péripneumoniques furent reçus à la Charité dans les sept premiers mois de 1834 ; sur ce nombre, 8 entrèrent dans le premier trimestre, 14 dans le mois d'avril seul, 4 en mai, 5 en juin, et les 5 autres en juillet et en août.

hommes admis était toujours supérieur du double, au moins, à celui des femmes admises aussi pour la même cause. Sur 97 pneumoniques entrés dans le service de M. Chomel, à la Charité, depuis 1822 jusqu'en 1827, il n'y avait que 24 femmes et 73 hommes.

SYMPTÔMES. Lassitude, malaise général, anorexie, affaiblissement pendant un ou plusieurs jours. A la suite, ou bien tout-à-coup et sans que les signes précédents se soient manifestés, frisson, sentiment plus ou moins vif de froid avec tremblement; gêne de la respiration, d'abord peu sensible, mais s'accroissant par degré; douleur profonde, ordinairement peu forte, mais largement étendue, tantôt pongitive, tantôt gravative. Cette douleur se fait rarement ressentir dans toute la poitrine; elle est d'habitude bornée à tout ou partie d'un seul côté ou fixée sur un seul point; elle augmente par la pression, la percussion, les efforts respiratoires et le décubitus sur le côté où elle existe; elle ressemble souvent à celle qu'on éprouve dans la pleurésie, quelquefois elle revêt des caractères qui en diffèrent. Ce n'est, dans quelques cas, qu'un sentiment de pesanteur et de plénitude dans le thorax.

La face est rouge, injectée, parfois du côté affecté seulement et surtout aux pommettes, tuméfiée légèrement. Dans les premiers jours de la maladie, et tant qu'il y a réaction, cette rougeur persiste. Bien qu'il soit difficile de lui assigner une cause rationnelle, je ne pense pas, avec M. Andral, que cette rougeur soit le fait du décubitus: je l'ai, en effet, observée souvent chez des sujets qui ne pouvaient se coucher que sur le dos. J'ai, en outre, plus d'une fois vérifié l'observation de M. Bouillaud, qui l'a signalée comme plus prononcée quand la phlegmasie siège au sommet du poumon, que quand elle occupe tout autre point du viscère. Plus tard, si la gêne de la respiration est portée à l'excès, la face devient livide; enfin, quand la pneumonie est arrivée au troisième degré, elle s'affaisse, se revêt d'une teinte pâle, d'une couleur blanc mat, analogue à celle que présentent les malades atteints d'affections cancéreuses. Ce signe est caractéristique, il indique de la manière la plus formelle que le poumon est infiltré de pus.

Le malade est presque toujours couché sur le dos (14 fois sur 15,

Andral) ; il peut pourtant se coucher quelquefois sur le côté malade, au commencement de la maladie et quand la douleur n'est pas très-vive. Alors, si l'autre côté est sain, on observe que la respiration y est plus grande, plus intense que dans l'état normal ; qu'elle est brusque, bruyante, puérile. Quelquefois le sujet peut se coucher indistinctement à droite ou à gauche ; mais il est d'observation qu'il éprouve une dyspnée plus grande quand il se couche sur le côté sain, bien qu'il n'en ait pas toujours conscience (1).

Le pouls est ordinairement plein, fort, large et fréquent ; quelquefois il est plein et mou ; d'autres fois faible, petit, serré ; ce qui indique souvent que la phlegmasie est portée à un haut degré. Cette faiblesse du pouls est tantôt réelle et tantôt elle n'est qu'apparente : alors les émissions sanguines la font disparaître, sauf toutefois dans les cas de complication de lésion organique du cœur. Quand cette complication existe, le pouls offre une irrégularité et une intermittence remarquables. La force, la fréquence et la dureté du pouls ne sont pas toujours en rapport avec la faiblesse ou l'intensité de l'inflammation, et ne suivent pas les phases diverses de celle-ci. Pendant tout le cours de la maladie les malades présentent le même état.

La fréquence du pouls augmente habituellement vers la fin de l'inflammation, quand celle-ci doit se terminer d'une manière funeste. On la voit cependant disparaître quelquefois un peu avant la mort ; d'autres fois elle devient excessive, et dans certaines complications (péricardite, pleurésie), le pouls peut offrir jusqu'à 120, 130 et même 140 pulsations par minute. Quand la résolution s'opère, cette fréquence du pouls disparaît tout-à-coup, et bien que l'engorgement existe encore en grande partie, elle ne se manifeste plus.

Le thorax percuté rend, dans les points qui correspondent au siége de la maladie, un son qui s'éloigne de plus en plus de la netteté du son qu'il produit d'ordinaire par la percussion, et qui devient enfin obscur, sourd et décidément mat. Si on y applique l'oreille ou le

---

(1) Il n'est donc pas exact de dire, comme on l'a fait si souvent, que le décubitus sur le côté où existe la pneumonie soit un signe pathognomonique de cette maladie.

cylindre, on peut facilement constater que le bruit normal de la respiration va s'affaiblissant ; qu'il est mêlé d'un râle particulier sec ou humide, qui devient de plus en plus intense et qui finit par le masquer entièrement. Plus tard, quand la maladie a fait de notables progrès, quand elle est arrivée à sa seconde période, ce râle disparaît à son tour, et il est remplacé par divers phénomènes respiratoires sur lesquels je me propose d'insister (respiration bronchique, broncho-égophonie, souffle tubaire, etc.).

La toux existe presque toujours, mais elle n'est pas constamment la même : tantôt elle est fréquente, intense, revenant par quintes et s'accompagnant d'une sensation intérieure d'efforts et de déchirement (complication de bronchite sur-aiguë) ; tantôt elle est légère et nullement quinteuse ; quelquefois elle manque tout-à-fait, dans certaines complications d'encéphalite et de méningite par exemple ; elle est d'abord sèche, mais elle est bientôt suivie d'une expectoration caractéristique.

Les crachats rendus par le malade sont d'abord purement muqueux ; la mucosité ténue qui les forme devient graduellement visqueuse, tenace et mêlée de sang, en quantité d'autant plus grande que la phlegmasie devient plus intense : alors les crachats sont tour-à-tour blancs, légèrement jaunâtres, jaune orangé ou safrané, verts, rouillés ou tout-à-fait rouges : ces diverses couleurs peuvent exister ensemble. Outre le sang qui est combiné avec le mucus qui forme la base de ces crachats, et qui par ses diverses proportions leur donne ces différentes nuances, on remarque encore des stries assez considérables de ce liquide qui y est suspendu et non délayé. A la troisième période de la maladie, l'expectoration revêt un autre aspect : les crachats deviennent opaques, cendrés, prennent une couleur gris-rougeâtre et sont sécrétés en moins grande quantité. Dans quelques cas, ils sont presque noirs ou du moins rouge-foncé, offrent peu de consistance et sont tout-à-fait analogues à du jus de pruneaux ou de réglisse.

Il survient souvent du délire, soit d'une manière continue, soit seulement de temps en temps, par intervalles, surtout le soir, la nuit et quand tous les autres symptômes s'exaspèrent.

Le sang présente constamment une couenne inflammatoire ferme, épaisse, élastique, dont la forme est variable, mais dont la consistance est toujours très-grande ; il s'organise facilement et en peu de temps en membrane fibreuse, excepté quand il y a une complication typhoïde ; alors le caillot èst mou et presque diffluent.

La langue reste souvent dans son état naturel, quelquefois elle est blanchâtre, un peu rouge sur ses bords et à sa pointe ; il y a anorexie ; l'épigastre est rarement douloureux ; il n'existe qu'une soif peu intense ; il survient de la diarrhée, surtout quand la fièvre a duré quelque temps (Laennec). Cependant la pneumonie s'accompagne, dans quelques cas, de symptômes gastriques plus prononcés (pneumonies bilieuses de Stoll) : alors la bouche est amère, la langue est couverte d'un enduit jaunâtre, le visage et la conjonctive d'une teinte de la même couleur ; il y a des nausées, quelques vomissements. Cet état gastrique s'explique aisément par les sympathies qui lient l'estomac et les intestins à l'appareil pulmonaire.

La peau est chaude, mais elle est presque toujours halitueuse, sudorale ; rarement elle est sèche, presque jamais âcre ou râpeuse, si ce n'est dans les cas de complication de violente pleurésie ou de péricardite ; elle se couvre souvent d'une abondante sueur à la face, au cou et à la poitrine.

L'urine sécrétée en petite quantité est sédimenteuse et d'une couleur rouge qu'on ne trouve aussi foncée dans aucune autre phlegmasie. L'haleine est chaude, et quand la pneumonie est arrivée au troisième degré, elle est quelquefois fétide. Cette fétidité est tantôt celle de la gangrène et on la reconnaît facilement ; tantôt, au contraire, elle en diffère, elle est forte, piquante et comme aigre.

A la troisième période et quand le poumon est infiltré de pus, on voit souvent apparaître des phénomènes typhoïdes, dus probablement à la présence dans le sang d'une certaine quantité de ce liquide résorbé.

Quelquefois, et cela arrive surtout pendant certaines épidémies, soit en raison de la cause qui a provoqué la pneumonie, soit en vertu d'une disposition particulière des malades, cette affection revêt une forme qui s'éloigne de celle que je viens de décrire (*péripneumonie*

nerveuse de Franck). Elle débute par un frisson, avec tremblement entremêlé de chaleur, et elle s'annonce par une extrême prostration des forces. Le sujet est triste, morose, effrayé; il éprouve une grande difficulté de respirer; il tousse beaucoup et avec difficulté; il crache peu et l'expectoration n'a aucun des caractères que j'ai indiqués; les crachats sont muqueux, ternes, et ils renferment peu de sang; la face est pâle, le pouls petit, serré, souvent inégal; la dyspnée est très-forte. Le thorax est le siége d'une douleur très-vive, qui s'exaspère par la pression et qui s'oppose à toute profonde inspiration; il y a matité en quelques points. Le malade délire d'une manière presque continue, et dans les intervalles de calme, il accuse une vive douleur à la tête; il y a insomnie ou assoupissement complet. La soif est intense, la langue sèche, noirâtre; la peau est âcre et se recouvre parfois de sueurs froides, visqueuses, de taches noires, livides, de pétéchies. Les urines sont très-chargées, elles sont rouge-foncé ou tout-à-fait noires. Il se manifeste des soubresauts de tendons et de temps à autre des hémorrhagies nasales. Le sang qu'on retire des veines se couvre rarement d'une couenne inflammatoire, il se coagule avec peine. Plus tard et quand le malade est sur le point d'expirer, il survient quelques convulsions; le pouls devient petit et les extrémités se refroidissent.

Les symptômes que je viens de décrire n'ont pas tous une égale valeur. Il en est quelques-uns qui ont une importance spéciale sous le double rapport du diagnostic et du pronostic. Aussi convient-il de s'y arrêter quelques instants, afin de les analyser et de les comparer. Ceux sur lesquels doit se porter cette étude sont: 1° la douleur, 2° la dyspnée, 3° l'expectoration, et 4° enfin les symptômes fournis par la percussion et l'auscultation.

1° *Douleur.* La pneumonie s'accompagnant ordinairement de pleurésie (1), la douleur doit être, et est en effet, un de ses symptômes les plus constants. Elle peut siéger, comme j'en ai vu des exemples, dans toute l'étendue d'un côté de la poitrine et se faire ressentir jusque même dans l'hypocondre de ce côté. D'habitude elle occupe une bien

---

(1) 18 ou 19 fois sur 20.

moindre surface. Les malades la ressentent tantôt au niveau des mamelons ou un peu au-dessous, tantôt au-dessous des clavicules, tantôt au bas des côtes, en avant; ou en arrière, dans l'intervalle qui sépare l'angle inférieur de l'omoplate de la base du thorax. Ses caractères, son intensité et sa durée sont fort variables. Parfois le sujet la compare à celle qui résulterait de la piqûre d'un grand nombre d'épingles qu'on enfoncerait dans la partie; d'autres fois elle est obscure, profonde, et alors elle n'arrête pas l'inspiration comme la précédente. Quand elle est intense, ce qui arrive presque toujours dans les commencements de la maladie, elle condamne le malade à une complète immobilité, elle l'empêche de se coucher sur le côté où elle se fait sentir et l'oblige à rester constamment sur le dos. Elle ne correspond pas toujours au siége qu'occupe la phlegmasie; Franck affirme même l'avoir trouvée à droite, quand l'inflammation était à gauche: c'est un des premiers symptômes qui apparaissent, c'est aussi un de ceux qui disparaissent le plus promptement. Tantôt elle cesse tout-à-coup, surtout à la suite d'une application locale; tantôt elle ne fait que diminuer d'intensité et va s'affaiblissant jusqu'à ce qu'elle ait tout-à-fait disparu. Dans certains cas, elle dure presque autant que la maladie, et elle se fait encore sentir quand celle-ci est presque terminée. Il arrive d'autres fois qu'après l'avoir enlevée on la voit se renouveler et reparaître.

Elle peut précéder le frisson, ainsi que je l'ai déjà dit, et par conséquent tous les autres symptômes, la toux, la fièvre, la dyspnée, l'expectoration, etc. Pendant quelques jours, elle peut exister seule et alors elle peut être prise pour une pleurodynie ou pour une douleur rhumatismale: de-là la nécessité d'ausculter souvent, nécessité sur laquelle j'aurai plus d'une fois encore occasion de revenir.

Quand il n'y a pas pleurésie, il n'y a pas toujours douleur locale, ou si la douleur n'est pas nulle, elle est du moins très-peu marquée. Il n'y a dans l'un ou l'autre côté de la poitrine, ou dans tous les deux à la fois, qu'un sentiment, tantôt léger, tantôt profond de malaise intérieur, de chaleur, d'embarras, et de gêne dans la respiration; le malade se plaint d'une anxiété qui le fatigue, d'un poids qui l'incom-

mode ; quelquefois même, si l'on s'en rapporte à lui, la poitrine n'offre rien de particulier, même dans les plus grandes inspirations possibles. Il est d'observation que, dans ce cas, la maladie est plus intense que lorsque la douleur est vive, fixe et pleurétique.

Les auteurs anciens regardaient la pneumonie comme plus dangereuse que douloureuse ; *affert*, disaient-ils justement, *plus periculi quam doloris.*

2° *Dyspnée.* Il ne faut pas toujours juger de l'intensité de l'inflammation par la gêne de la respiration ; il est, en effet, des malades chez lesquels cette dyspnée est extrême, bien qu'il n'y ait en réalité qu'une phlegmasie légère et peu étendue du tissu pulmonaire. Il en est d'autres, au contraire, chez lesquels elle est bien moins grande, et pourtant l'auscultation démontre qu'une étendue considérable du parenchyme est frappée d'hépatisation. Cependant il est vrai de dire que ces cas, qnoique assez nombreux, sont toujours exceptionnels et le plus souvent inexplicables. M. Andral rapporte plusieurs exemples de pneumonie au second et au troisième degré, dont la terminaison avait été funeste, où l'inflammation avait été par conséquent profonde et étendue, et dans lesquels pourtant la respiration avait été peu gênée jusqu'au dernier moment. Ce praticien explique, dans ce cas, la mort de ses malades par la manière incomplète dont se faisait la conversion du sang veineux en sang artériel, et par l'insuffisance de celui-ci à entretenir dans les organes l'excitation nécessaire à la vie.

Toutefois, la dyspnée est presque toujours un indice d'après lequel il est permis de juger de l'intensité de l'inflammation, de son étendue et quelquefois de son siége. Mais il ne faut pas sur ce point s'en rapporter au dire des malades ; ceux-ci n'accusent pas toujours de la gêne dans la respiration ; ils ne sentent, disent-ils, aucune oppression, et cependant il est facile de voir que chez eux les mouvements respiratoires sont plus courts, plus fréquents et plus accélérés que dans l'état physiologique.

Il est encore une autre cause d'erreur contre laquelle il faut aussi se tenir en garde, et dans laquelle on tombe quand on n'examine le malade que superficiellement. Il arrive, en effet, que la respi-

ration, quand le sujet est couché, semble s'effectuer d'une manière assez libre; mais s'il fait quelques mouvements dans son lit, si seulement il essaie de changer de position, de se mettre sur son séant, elle devient, à l'instant même, courte, précipitée, haletante. Ce symptôme était un de ceux auxquels Stoll attachait la plus grande valeur dans le diagnostic des pneumonies latentes, diagnostic qui devait être si difficile à une époque où l'auscultation n'avait pas encore été inventée.

Si, comme je viens de le dire, la gêne de la respiration peut être assez faible pour que le malade n'en puisse avoir, pour ainsi parler, la conscience, elle peut aussi être portée à l'excès et constituer le symptôme le plus saillant et le plus effrayant de la pneumonie. Entre ces deux points extrêmes, elle peut offrir un nombre considérable de degrés intermédiaires. Tantôt le médecin attentif ne constate qu'une élévation des côtes un peu plus considérable que celle qui a lieu normalement, un peu d'accélération, de brièveté dans les mouvements à l'aide desquels la fonction s'exécute; tantôt il voit ces mouvements sensiblement plus courts et plus rapprochés, et en même temps que les côtes s'élèvent, le diaphragme s'abaissse. Le malade accuse alors de l'oppression; il est condamné, sous peine de la voir s'accroître, au repos, au silence, à l'immobilité; dans certains cas, la difficulté de respirer devient telle qu'il semble toujours sur le point d'étouffer. La face est rouge, violette ou livide; elle exprime une grande anxiété; les narines sont largement dilatées; les yeux sont saillants, grands et ouverts; les mouvements inspiratoires se rapprochent de plus en plus, ils sont très-courts, très-fréquents; on en peut compter jusqu'à quarante, quarante-huit et au-delà par minute. Il semble que le sujet qui ne peut faire de profondes inspirations tâche de les multiplier, afin de faire pénétrer en détail dans la poitrine la plus grande masse d'air possible et de suppléer par le nombre à l'étendue.

Bien que l'inflammation des lobes supérieurs puisse exister sans dyspnée, ce que quelques auteurs nient à tort, il est constant qu'elle s'accompagne d'une gêne de la respiration plus considérable que celle des lobes inférieurs, à étendue et intensité égales de la phlegmasie.

3° *Crachats.* L'expectoration caractéristique de la pneumonie est ordinairement consécutive à la douleur, à la dyspnée, à la toux et à la fièvre. Elle ne commmence guère à se manifester que le second ou le troisième jour. Le malade crache souvent avant cette époque, mais c'est seulement alors que ses crachats, auparavant muqueux, prennent l'aspect et les traits qui leur sont propres: ils sont formés par une quantité plus ou moins considérable de sang, intimement combiné avec le mucus qui en fait la base, et c'est cette quantité variable de sang qui en modifie et en diversifie la couleur. Ils sont, en effet, verts, jaunes, et d'une nuance jaune plus ou moins foncée, orangés, safranés, couleur de fer, et comme on le dit habituellement rouillés, quelquefois ils sont tout-à-fait rouges; vers la fin de la maladie, ils redeviennent jaunes ou verdâtres. Ces crachats sont tenaces, visqueux, mais leur consistance et leur ténacité varient suivant les divers degrés de l'inflammation. Quand elle ne dépasse pas la première période, ils adhèrent les uns aux autres, mais non encore aux parois du vase qui les renferme ; quand la phlegmasie est plus intense, ils acquièrent une plus grande viscosité, et alors ils forment une masse homogène, tremblotante, gélatiniforme, analogue à du blanc d'œuf épaissi, que l'on peut agiter, secouer même fortement, sans la détacher des parois du vase auxquelles elle adhère. On peut renverser celui-ci sans qu'ils s'en écoulent et se répandent au-dehors, l'agiter sans produire autre chose qu'un tremblotement dans la masse totale.

Ces crachats ne sauraient être confondus ni avec ceux de la bronchite, ni avec ceux de l'hémoptysie, ni de la phthisie, ou de toute autre maladie. Leur viscosité, leur composition et surtout la combinaison des deux éléments qui les constituent, sang et mucus, leur donnent des caractères qui leur appartiennent exclusivement.

Si, par suite d'un traitement approprié, ou naturellement, la pneumonie s'amende et tend à se résoudre, la consistance et la couleur rouillée des crachats diminuent en proportion de l'inflammation qui leur donnait naissance. Ils cessent graduellement d'être visqueux, sanguinolents, et ils redeviennent ce qu'ils étaient au début de la maladie, c'est-à-dire, aqueux, transparents, incolores et offrant un

aspect purement catarrhal. Je n'ai pas besoin de dire que lorsque la phlegmasie, par l'effet d'une cause quelconque, vient à s'aggraver, après s'être d'abord amendée, l'expectoration reprend aussitôt ses caractères: il en est de ce symptôme comme de tous les autres qui se prononcent et s'effacent suivant les alternatives de la maladie et ses progrès vers une solution, bonne ou mauvaise. Il est cependant certains cas dans lesquels ils conservent tous leurs caractères pneumoniques, lorsque tous les autres signes de la pneumonie se sont graduellement dissipés et ont tout-à-fait disparu. M. Andral en rapporte des exemples fort remarquable, et il attribue, avec beaucoup de raison, ce me semble, cette circonstance exceptionnelle d'expectoration, à l'existence d'un reste de phlegmasie dans un point central du parenchyme pulmonaire.

Si au contraire la pneumonie passe au troisième degré, ou bien l'expectoration se supprime, ou bien elle change d'aspect.

Dans le premier cas, la suppression des crachats peut dépendre de diverses causes, en tête desquelles il faut placer l'intensité de l'inflammation et sa propagation à un degré également élevé à la muqueuse des bronches. Il est de notoriété pathologique que les muqueuses, quand elles sont frappées d'une vive phlegmasie, cessent de sécréter, et celle des bronches ne doit pas faire exception. Dans le cas que je viens d'indiquer, l'expectoration peut donc se supprimer: tantôt c'est brusquement et tout-à-coup, tantôt ce n'est qu'après être devenue graduellement rare et difficile.

Les autres causes de suppression de l'expectoration sont d'abord quelques-unes des diverses maladies desquelles la pneumonie se complique si souvent ; et en second lieu, d'après les auteurs, diverses circonstances peu rationnelles du traitement de la phlegmasie ellemême. Je reviendrai sur les premières, en parlant des complications, et je ne dirai que quelques mots des secondes. L'usage immodéré et intempestif des purgatifs, dans le commencement de la maladie (Baglivi), les saignées poussées à l'excès (Morgagni), contribuent à produire ce résultat généralement regardé comme étant d'un fâcheux augure. Pour les purgatifs, je les ai vus rarement employés au début

de la pneumonie, et je ne saurais apprécier leurs effets, bons ou mauvais, dans ce cas; mais j'avoue que, malgré l'autorité de Morgagni, je ne crois pas à la valeur du dernier ordre de causes que j'ai déjà mentionné. J'ai vu, dans les hôpitaux civils et militaires, la saignée pratiquée aussi largement et répétée dans la pneumonie aussi fréquemment que possible, et je ne l'ai jamais vue amener la suppression des crachats. J'ai recueilli, en outre, soit dans les auteurs, soit dans la pratique de plusieurs médecins (MM. Broussais, Regnault, Alquié, Bouillaud), des observations de pneumonie, dans lesquelles les malades avaient été saignés dix, douze fois et même plus souvent (Rasori et M. Yvan fils), sans que cet accident ait jamais été observé. Je suis donc d'autant plus porté à croire que la saignée ne saurait amener ce résultat, qu'employée convenablement elle sert souvent à le combattre : *Optimum in pulmonum inflammationibus expectorans remedium vænæ sectio habenda est*, dit Franck. Sydenham dit aussi formellement que, dans aucun cas, il n'a été témoin d'accidents survenus à la suite de saignées copieuses : *a tam largâ sanguinis detractione; ut imperitis videri potest*, ajoute-t-il.

Nous verrons plus tard que, dans certaines circonstances où l'expectoration se supprime, ce n'est pas la sécrétion des crachats mais seulement leur excrétion qui est empêchée.

Dans le second cas, les crachats, dont la quantité a considérablement diminuée, revêtent un nouvel aspect et de nouveaux caractères. Tantôt ils sont cendrés, comme si, au lieu de sang, le mucus qui en forme la base était mêlé à du pus; tantôt ils sont rougeâtres ou d'un brun-foncé. Quelquefois ils deviennent semblables à ceux que rendent les phthisiques; ils sont opaques, d'un rouge gris sale, et fétides; d'autres fois ils sont grisâtres, inodores et purulents. Les malades les rendent en assez grande quantité (terme moyen quatre ou cinq onces par jour). Cette dernière modification de l'expectoration s'observe tardivement, et la mort ne tarde pas à lui être consécutive.

M. Andral, après avoir fait remarquer que les auteurs n'ont rien établi de positif à ce sujet, se demande si la terminaison de la pneu-

monie par suppuration n'est pas annoncée par une expectoration particulière. Rendant compte des résultats de ses observations, ce professeur, qu'il faut toujours citer avec MM. Broussais, Laennec, Bouillaud et Chomel, quand on s'occupe des phlegmasies de poitrine, dit avoir vu, chez un certain nombre de malades arrivés au troisième degré de la pneumonie, « les crachats perdre leur aspect gélatini-« forme, leur grande viscosité, leur teinte rouillée, et n'être plus « formés que par un liquide ayant la consistance de l'eau de gomme, « d'un brun rougeâtre plus ou moins foncé, quelquefois même tout-« à-fait noir, semblable à du jus de réglisse ou de pruneaux. Souvent « la présence de cette espèce d'expectoration, ajoute M. Andral, « nous a porté à annoncer l'existence du troisième degré de la pneu-« monie, et presque toujours l'ouverture du cadavre a justifié notre « diagnostic. » (*Clinique médicale, tom.* 1; *Observ.* 23, 24, 25, 26 27 *et* 28.) Toutefois M. Andral avoue avoir trouvé les crachats qu'il vient de décrire, dans des pneumonies au second degré (*Observ.* 39 *et* 40), et même les avoir rencontrés dans un cas où la maladie ne dépassa pas le premier (*Observ.* 41.) (1).

La gangrène du poumon, quand la maladie se termine de cette manière, est caractérisée par des crachats qui sont d'abord verdâtres, puis qui deviennent d'un gris blanchâtre, sale ou rougeâtre. Ces crachats, qui quelquefois aussi sont semblables à du chocolat, forment une espèce de bouillie putrilagineuse, pultacée, dans laquelle se trouvent quelques petits points purulents ou semblables à de la sanie, et diverses portions du tissu pulmonaire mortifié. Ils sont d'une insupportable fétidité, et leur odeur rappelle parfaitement celle de la gangrène des parties externes.

---

(1) Je possède moi-même une observation analogue à cette dernière, recueillie en 1835 dans le service de M. le docteur Cornac, au Gros-Caillou. Chez un jeune soldat éminemment lymphatique, qui rendait avec abondance des crachats jus de pruneaux, l'auscultation ne put constater qu'un simple engouement dans l'espace qui sépare en arrière l'angle inférieur de l'omoplate de la base du thorax ; cet engouement était si léger, qu'une seule saignée et quelques ventouses en firent promptement justice.

Il arrive souvent que l'expectoration est modifiée dans ses caractères par les diverses maladies que vient compliquer la pneumonie, quand celles-ci donnent aussi lieu à des crachats particuliers (bronchite, phthisie, hémoptysie) : alors les crachats qui résultent du fait des deux maladies réunies, n'ont plus de caractères constants, et par suite n'ont que peu de valeur pour établir le diagnostic. Il arrive pourtant que quelquefois l'expectoration de la pneumonie remplace les autres, excepté sur la fin, où l'inflammation pulmonaire se résolvant, les matières expectorées redeviennent ce qu'elles étaient avant que le parenchyme fût invahi par la phlegmasie aiguë.

L'expectoration a lieu plus facilement chez les adultes que chez les enfants et les vieillards. M. Bouillaud pense que, chez les premiers, elle est plus difficile quand la maladie siège au sommet du poumon, que dans tout autre point de ce viscère. La coïncidence de cette obserservation peu connue, avec celle si bien constatée de dyspnée plus grande dans ce même cas, mérite assurément qu'on cherche à l'infirmer ou à la rendre certaine.

Les pneumonies sèches sont toujours fort rares, c'est à peine s'il en existe une sur vingt.

En résumé: l'expectoration est un symptôme d'une grande valeur pour établir le diagnostic de la pneumonie ; même quand il est seul, il est presque toujours suffisant pour révéler la véritable nature de la maladie ; mais il ne faudrait pas se fonder uniquement sur lui pour déterminer le degré où elle est parvenue et pour annoncer sa terminaison. Il est, en effet, des cas dans lesquels elle n'existe pas, et d'autres dans lesquels elle n'est nullement caractéristique ; elle peut en outre présenter les deux anomalies suivantes : 1° après avoir apparu au commencement de la maladie avec ses caractères essentiels, elle peut disparaître, se supprimer sous l'influence d'une cause qu'il ne nous est pas toujours donné d'apprécier, et puis ne plus se manifester, soit que la maladie qui continue à parcourir ses diverses phases se termine par la santé ou par la mort ; 2° elle peut au premier ou au second degré revêtir et garder les caractères qui appartiennent au troisième. Quand la pneumonie doit se terminer heureusement, ces caractères

ne font pour ainsi dire que se montrer, et ils disparaissent après avoir duré un ou deux jours, les crachats redeviennent alors ce qu'ils sont d'ordinaire ; dans le cas contraire, ils persistent jusqu'à la mort.

4° *Son mat et modification du bruit respiratoire.* Si l'on percute la poitrine d'un pneumonique, il est rare, quand la maladie n'a pas dépassé son premier degré, que l'on puisse noter une diminution même légère dans la sonoréïté des parois thoraciques ; le son produit est absolument le même que dans l'état naturel. Cependant, quand l'engouement est considérable et qu'il se rapproche de l'hépatisation, le son commence à s'obscurcir, et c'est ce qui arrive le second ou le troisième jour et quelquefois plus tard ; mais il faut une grande habitude de ce mode d'exploration pour reconnaître des différences de sonoréïté qui souvent sont fort légères : aussi la percussion est-elle regardée comme insuffisante pour éclairer le diagnostic de la pneumonie commençante.

Il n'en est pas de même quand elle est arrivée au second et au troisième degré. Elle s'accompagne alors d'un son mat dans presque toutes les parties des parois thoraciques qui correspondent aux points hépatisés en rouge ou en gris. Je dis presque, parce que quand ce sont les parties centrales de l'organe qui sont hépatisées dans une petite étendue, la percussion peut ne donner aucun signe important. Il en est encore ainsi quand c'est la partie inférieure, la base de poumon droit qui est affectée, parcequ'en raison de la présence du foie, la poitrine résonne peu de ce côté, jusqu'à la hauteur de la quatrième ou de la cinquième côte.

Le plus important de tous les signes auxquels donne naissance l'inflammation commençante du parenchyme pulmonaire, celui qui en est pour ainsi dire le signe pathognomonique, car il existe toujours (Laennec) et n'a lieu dans aucun autre cas, si ce n'est l'œdème pulmonaire et l'engorgement hémoptoïque si faciles à reconnaître, c'est sans contredit le râle crépitant. C'est un râle sec, fin, à bulles très-petites, égales entre elles, auquel on a donné ce nom à cause de la ressemblance du bruit qu'il produit avec celui que l'on détermine en faisant décrépiter de sel sur des charbons ardents.

Ce râle crépitant se manifeste toujours, au début de la pneumonie, presque en même temps que la douleur et la dyspnée, et du côté où s'est fait ressentir le point douloureux. On l'entend dans une étendue et avec une intensité d'autant plus considérables, que la phlegmasie qui le détermine est plus intense et plus étendue, et suivant que le point malade est plus ou moins rapproché de la surface du viscère. Il se mêle d'abord au bruit normal de la respiration, le modifie, l'altère, lui fait perdre une partie de la netteté, l'obscurcit graduellement, et finit par le faire entièrement disparaître et par le remplacer, si l'inflammation suit une marche croissante. Le râle caractérise non seulement la pneumonie au premier degré, mais il indique encore les diverses nuances de ce degré. Quand la maladie est légère, il est faible et ne se fait entendre que par intervalles, ses bulles sont peu abondantes, et il est mêlé au bruit respiratoire normal qui prédomine sur lui ; si elle est plus avancée, il devient plus fort, est perçu plus facilement et il prédomine à son tour le bruit d'expansion pulmonaire. Si enfin elle tend à passer au second degré, de l'engouement à l'hépatisation, il le masque tout-à-fait et il existe seul. Ce râle crépitant que l'on pourrait quelquefois comparer plus justement au bruit qui résulte du froissement d'une feuille de parchemin, qu'à celui qui est produit par du sel qu'on fait décrépiter sur des charbons, n'est pas toujours sec et fin ; il est quelquefois gros et humide (râle sous-crépitant de quelques auteurs), et il offre de l'analogie avec ce que Laennec appelle râle muqueux. M. Andral regarde ce râle crépitant humide, comme un diminutif de ce qu'il désigne sous le nom de râle caverneux et de râle bronchique ; il le regarde, ainsi que les précédents, comme produit par le passage de l'air à travers différents liquides, dans des cavités de diamètre différent. Il lui donne le nom de râle vésiculaire, et le reconnaît aussi comme caractéristique de la pneumonie au premier degré.

Quand l'inflammation a atteint le second degré et que par suite de ses progrès l'hépatisation a succédé à l'engouement, le râle crépitant, sec ou humide, cesse d'être perçu ou ne l'est plus que très-faiblement : alors, quand on applique le stéthoscope sur la poitrine, on entend

divers bruits, entre autres celui qu'on désigne sous le nom de *souffle tubaire* (Andral), *souffle bronchique;* il semble que le malade souffle ses paroles dans un tube. Quelquefois le bruit de la respiration se fait entendre plus fort que dans l'état de santé; c'est ce que M. Andral appelle *respiration bronchique*, par opposition à ce qu'il a dénommé *respiration vésiculaire, bruit d'expansion pulmonaire.* Ce bruit résulte de l'impossibilité où se trouve le poumon, par suite de son hépatisation, d'admettre dans ses vésicules l'air qui alors devient plus sonore dans les gros tuyaux bronchiques, dont il frotte fortement les parois; en même temps, il existe une modification particulière de la résonnance de la voix, qui se rapproche de la *bronchophonie* et qui résulte aussi de la même cause. Il faut bien distinguer ce *retentissement de la voix* de l'*égophonie* proprement dite, car, comme l'a fait observer M. Bouillaud, il n'est pas saccadé, brisé et tremblotant, comme celle-ci. Il faut aussi le séparer de la bronchophonie: j'adopterai volontiers l'expression de *broncho-égophonie*, dont le professeur que je viens de citer se sert pour le désigner dans ses leçons cliniques, et je dirai avec lui que les régions où on le rencontre à son maximum d'intensité sont le *bord interne du scapulum, les fosses sus et sous-épineuses, et l'angle inférieur de l'omoplate.*

Je ferai remarquer que cette respiration bronchique et cette broncho-égophonie, qui accompagnent habituellement l'hépatisation, n'en sont cependant pas des symptômes constants: elles manquent quelquefois. A quoi tient leur absence? Résulte-t-elle du degré de l'hépatisation ou bien de son siége? Ou bien faut-il l'attribuer au rapport des grosses bronches avec les parties hépatisées?

Quand la pneumonie est arrivée au troisième degré, quand le poumon est infiltré de pus, on entend dans les bronches un râle muqueux, qui est d'abord peu marqué, mais qui devient graduellement plus sensible. Si le pus tend à se réunir en foyer, à constituer un véritable abcès, il se fait entendre dans le lieu même qu'occupe la maladie; il est à grosses bulles: il y a *pectoriloquie, gargouillement, toux et respiration caverneuse,* et souffle dans l'oreille.

Variétés. Les variétés de la pneumonie sont nombreuses et impor-

tantes; il en est une dont le diagnostic est souvent difficile en raison du siége qu'occupe la phlegmasie. Il arrive quelquefois qu'un poumon sain d'ailleurs présente çà et là quelques points isolés, d'une étendue variable, envahis par l'inflammation. Ici ce n'est pas une portion plus ou moins considérable, mais continue de l'organe qui est frappée; l'inflammation étant disséminée, ce sont plutôt des pneumonies partielles qui se sont développées successivement ou simultanément. Après la mort, les diverses parties malades s'offrent à la vue, sous forme de plaques diversement espacées, suivant leur nombre et leur étendue, et dont la couleur grise ou rouge contraste parfaitement avec celle du reste du parenchyme respecté par la maladie; ces plaques peuvent offrir les divers degrés d'altération pathologique que j'ai décrits. Ces pneumonies partielles peuvent exister en petit ou en grand nombre, et on conçoit dans ce dernier cas, que, quelque peu qu'elles soient, elles peuvent, en raison de leur quantité, intéresser une assez grande partie du poumon. C'est dans les portions inférieures des organes pulmonaires, que ces pneumonies partielles se développent d'ordinaire; ce n'est pas à dire cependant que les portions supérieures en soient exceptées: on en rencontre dans tous les points du viscère, elles sont tantôt superficiellement, tantôt profondément situées. Bien que le tissu qui les sépare et les isole soit sain, il arrive pourtant qu'il est quelquefois infiltré par une sérosité incolore, inodore, et répandue en grande quantité dans les vésicules.

La pneumonie existe souvent à l'état latent, et constitue ainsi une des variétés les plus importantes et les plus difficiles à étudier. Chacun des signes que j'ai indiqués comme devant éclairer le diagnostic, peut manquer dans certaines complications. L'auscultation et la percussion elles-mêmes sont quelquefois inutiles entre les mains du médecin, non pas seulement pour fixer d'une manière certaine le point précis où siégent la phlegmasie et l'étendue du parenchyme envahie par elle, mais même pour révéler l'existence de l'affection. J'essaierai à l'article *Complications*, de jeter quelques lumières sur l'histoire de la pneumonie à l'état latent.

La pneumonie des enfants et celle des vieillards diffèrent souvent de

celle des adultes ; de-là deux autres variétés qu'il importe de signaler : la première est très-fréquente, et malgré les progrès de la science elle est encore malheureusement très-meurtrière, puisque M. Guersent affirme que les trois cinquièmes des enfants qui meurent avant l'âge de dix ans, sont victimes de pneumonies, soit franches, soit latentes. Elle présente quelques différences dans les symptômes qui presque toujours sont moins prononcés ; il n'y a pas d'expectoration chez les enfants, parce que le plus souvent ils avalent la matière qu'ils devraient rendre. La toux et la dyspnée (qui d'ailleurs peuvent ne pas exister) sont attribuées, dans presque tous les cas, à la présence des mucosités qui obstruent les canaux bronchiques. Le râle crépitant est masqué par le râle muqueux ; la matité est d'ordinaire peu considérable et même peu appréciable. Les émissions sanguines sont indiquées chez les enfants comme chez les adultes quand la pneumonie est bien caractérisée, il faut seulement les doser d'une manière convenable et les proportionner à la faiblesse relative de leur âge.

Les symptômes les plus saillants que présente la pneumonie des vieillards, sont la rapidité de sa marche et la prostration extrême dont elle s'accompagne. On remarque, en outre, une grande dyspnée chez les gens d'un âge avancé comme chez les enfants ; l'expectoration est souvent nulle, surtout si la maladie se complique de bronchite chronique (catarrhe suffocant); le râle crépitant, dans ce dernier cas, est aussi mêlé d'un râle muqueux très-fort. Nous verrons plus tard que l'âge n'est pas une contre-indication aux émissions sanguines, et que, chez les vieillards, on peut les porter très-loin, à moins, ce qui est très-rare, qu'elles n'augmentent la prostration.

Je ne parlerai ici ni de la fausse péripneumonie (*peripneumonia notha, peripneumonia spuria*), qui diffère de la véritable pneumonie, dont elle simule quelques symptômes, par la nature de la lésion organique qui la produit, ni de la pneúmonie symptomatique de certaines fièvres éruptives à leur début, ni de la pneumonie hypostatique qui se manifeste à la fin de certaines maladies ; mais je dirai quelques mots de la pneumonie appelée *bilieuse* par Stoll. Il arrive quelquefois que l'inflammation du poumon s'accompagne de symptômes gastriques

plus prononcés que ceux que j'ai décrits ; les crachats, au lieu d'être rouillés ou rouges, sont jaunes ou verts ; la bouche est amère ; la langue couverte d'un enduit jaunâtre, épais, et la face d'une teinte jaune ; il y a douleur à l'épigastre et à l'hypocondre droit, nausées, etc. Tous ces symptômes indiquent évidemment une complication bilieuse ; mais comme ici l'affection intestinale n'est que secondaire, que la maladie principale est l'inflammation du poumon qui se révèle par des signes non équivoques, il n'y a pas lieu à modifier le traitement et à substituer aux émissions sanguines les évacuants, émétiques ou purgatifs. Il faut pratiquer d'abord la saignée largement, comme d'habitude, et l'on ne tarde pas à voir, sous l'influence de ce moyen, le trouble des fonctions digestives diminuer et disparaître. Du reste, je pense, avec M. Andral, que l'ensemble des symptômes décrits par Stoll sous le nom de pneumonie bilieuse, révèle plutôt une bronchite avec embarras gastrique ou intestinal qu'une véritable pneumonie.

Durée de la maladie. Les auteurs ne sont pas d'accord sur la durée qu'il faut assigner à la pneumonie en général et à chacun de ses degrés en particulier. Il y a tant de circonstances qui peuvent faire varier cette durée, qu'il ne faut pas s'étonner de cette diversité d'opinions. Il est bien évident que si les causes qui ont amené le développement de la maladie continuent à agir sur le sujet malade, si la phlegmasie est abandonnée à elle-même et livrée aux seuls efforts médicateurs de la nature, si elle n'est pas traitée rationnellement, elle présentera de notables différences dans son cours et dans sa durée, avec celles qui ne seront pas placées dans les mêmes conditions. En outre, l'intensité de la pneumonie, le siége qu'elle occupe, l'étendue de l'organe qu'elle envahit, ses diverses complications, l'âge du sujet, son tempérament, sa constitution, sont autant de circonstances dont il faut tenir compte dans l'appréciation de la durée des diverses périodes qui constituent son cours.

M. Laennec pensait que la durée moyenne de la pneumonie était de trois jours au moins et de douze au plus. Quant à chacun des trois degrés en particulier, il leur assignait de douze heures à trois jours pour le premier, de deux à trois jours pour le second, et de deux à six

pour le troisième. En publiant ses calculs, résultat de ses observations sur un très-grand nombre de malades, M. Laennec n'a pas manqué de signaler plusieurs cas exceptionnels qu'il avait eu occasion de constater: tantôt il a vu l'engouement persister plusieurs jours (sept, huit jours), et la maladie se terminer par la mort avant que l'hépatisation fût survenue ; tantôt, au contraire, il a vu en trente-six ou même en vingt-quatre heures l'inflammation arriver au degré d'infiltration purulente. M. Chomel considère la pneumonie comme durant d'ordinaire de sept à vingt jours; ce professeur pense qu'il est très-rare de la voir se terminer avant ou après les deux époques qu'il indique. M. Martin-Solon rapporte que, sur 41 cas traités par M. Récamier, 12 se sont terminés entre le sixième et le onzième jour, 10 entre le onzième et le quinzième, 4 du seizième au vingtième, 5 du vingt-unième au vingt-cinquième, 3 du vingt-sixième au trentième, 3 du trentième au quatre-vingtième, 4 à des époques indéterminées. Ainsi, la moitié de ces pneumonies ont cessé du sixième au quinzième jour, un quart environ du quinzième au vingt-cinquième, moins d'un dixième du vingt-cinquième au trentième, moins d'un dixième du trentième au quatre-vingtième. Ces résultats sont, à peu de chose près, les mêmes que ceux obtenus par M. Chomel. M. Andral, sur 112 cas, a trouvé que 3 avaient duré quatre jours; 2, cinq jours; 6, six jours; 23, sept jours; 2, huit jours; 4, neuf jours; 11, dix jours; 1, onze jours; 1, douze jours; 2, treize jours; 11, quatorze jours; 2, quinze jours; 2, 16 jours; 9, vingt jours; 1, vingt-sept jours; et 1, quarante-deux jours. Les autres n'ont pu être précisées comme les précédentes, et elles se sont terminées à des époques que l'on peut considérer de la manière suivante : 3, de cinq à sept jours; 12, de sept à quatorze; 7, de quatorze à vingt; et 4, de vingt à trente. Sur mes 50 observations, 15 se sont terminées le septième jour; 10, le onzième; 7, le quatorzième; 5, le vingtième; 1 a duré cinq jours seulement; 3, six jours; 2, neuf jours; 2, treize jours; 3, seize jours; 1, dix-neuf jours; et 1, vingt-un. Enfin, M. Bouillaud a publié, il y a peu d'années, des résultats fort différents de ceux obtenus par M. Chomel, et qui se rapprochent de ceux de M. Laennec. Je parlerai

plus bas et avec détail de la méthode thérapeutique mise en usage par ce professeur : c'est en se basant sur les succès dus à l'emploi de cette méthode, que M. Bouillaud se croit en droit d'établir que la durée moyenne de la pneumonie est de huit à douze jours.

Mortalité. La mortalité, dans la pneumonie, a varié suivant les différentes méthodes thérapeutiques qui ont été successivement appliquées au traitement de cette maladie. M. Laennec, qui le premier a introduit ou du moins qui a généralisé, en France, l'usage du tartre stibié à haute dose, est arrivé, en comparant ses propres observations avec les renseignements obtenus par sa correspondance et avec les statistiques publiées en différents pays, à cette conclusion, que la mortalité (quelle que soit la méthode employée, hors le tartre stibié) était de 1 sur 8 au moins et de 1 sur 10 au plus. Exposant ensuite les résultats comparatifs de sa pratique (*Clinique de la Faculté, années* 1824, 1825, 1826), M. Laennec établit que la mortalité, à la suite de la méthode employée par lui (tartre stibié), a été pendant ces trois années de 1 sur 28. Cette différence énorme a dû appeler et a en effet appelé l'attention des médecins sur les tableaux statistiques publiés par ce professeur. Or, il est constant, de l'aveu même de M. Laennec, que plusieurs des malades qui ont succombé n'ont pas été mis en ligne de compte, parce qu'ils n'avaient pu participer que faiblement ou même pas du tout aux bienfaits du traitement employé par lui. Si donc, aux morts qu'avoue Laennec, on ajoute, comme cela doit se pratiquer en toute statistique, et comme l'a fait M. Bouillaud quand il a voulu faire apprécier sa mortalité, les morts qu'il retranche, on en trouvera 6 sur 57 malades. La mortalité sera donc de 1 sur 10 à peu près, et non de 1 sur 28, et encore ne sera-t-elle pas à l'abri de toute contestation. Le respect dû à la mémoire d'un homme aussi distingué que M. Laennec, ne permet pas de supposer qu'il se soit trompé sciemment ; mais n'est-il pas permis, en présence des relevés publiés par MM. Lagarde et Lecoulteux, de penser que M. Laennec a été mal servi par sa mémoire ou par ses notes ? M. Lagarde affirme, en effet, que, sur 16 malades traités par Laennec, 5 ont succombé (près de 1 sur 3) ; et M. Lecoulteux, aide clinique actuel

de la Charité, a publié un tableau des guérisons et des décès sur 30 péripneumoniques traités dans le service clinique de la Faculté ; d'où il résulte que, en 1825 et en 1826, le praticien dont je parle ayant perdu 12 malades, la mortalité chez lui a été des deux cinquièmes.

On voit qu'en dernière analyse la mortalité, à la suite de l'emploi du tartre stibié, employé seul ou combiné avec les émissions sanguines à dose ordinaire, ne s'éloigne pas beaucoup de celle que nous avons indiquée ci-dessus. Toutefois, il est vrai de dire que d'autres médecins sont arrivés à des résultats plus satisfaisants. M. Laennec rapporte que M. Ellis (de Rouen), qui traitait ses malades par la méthode de Rivière (vomitif répété), n'en perdit à la même époque que 5 sur 47, c'est-à-dire 1 sur 9 à peu près. Depuis, l'usage du tartre stibié étant devenu général, beaucoup de médecins ont publié les succès qu'ils avaient obtenus dans leur pratique, succès qui, il faut le dire, m'ont toujours paru singulièrement exagérés. J'avoue franchement qu'il m'est impossible de croire que M. Peschier de Genève, qui affirme avoir traité un très-grand nombre de malades dans deux épidémies très-graves de pneumonie, n'en ait jamais perdu un seul. J'ai vu souvent le tartre stibié employé par les praticiens les plus distingués de Paris; je l'ai vu souvent réussir, mais aussi je l'ai vu souvent échouer, surtout quand on ne faisait pas précéder son usage de celui des émissions sanguines (1).

Je ne parlerai pas de la mortalité à la suite de l'emploi de l'oxide blanc d'antimoine (MM. Trousseau et Rouet), cette méthode de traitement n'ayant eu quelques succès éphémères qu'entre les mains de ses auteurs qui y ont, je crois, renoncé depuis.

Pour traiter d'une manière complète cette question de mortalité et pour rendre plus saillants les résultats obtenus par sa méthode thérapeutique, en les comparant à ceux qu'obtiennent les médecins qui traitent la pneumonie par toute autre méthode, et notamment par celle des émissions sanguines à la dose ordinaire, combinées ou non

---

(1) C'est ainsi que, sur 15 pneumoniques, j'en ai vu mourir 6 (un peu plus de 1 sur 3), dans le service de M. Louis; et pourtant M. Louis est un praticien habile et distingué auquel tout le monde rend justice.

avec le tartre stibié, M. Bouillaud a publié, il y a trois ou quatre ans, un tableau statistique dont je vais reproduire quelques traits. D'après ce professeur, la mortalité générale dans les hôpitaux de Paris est de un sur trois. En effet, sur 300 pneumoniques choisis dans des services différents et traités par MM. Chomel, Gueneau de Mussy, Bertin et Cayol, 100 ont succombé (1). Or, sur 112 malades traités à la Charité, dans le service de M. Bouillaud, depuis 1831 jusqu'en 1834, 12 seulement sont morts ; la mortalité, au lieu d'être ce qu'elle a été ci-dessus de 300/100, = 3, c'est-à-dire de un sur trois, a donc été de 112/12 = 8 ½, c'est-à-dire de 1 sur 8 ½.

Pour prouver que ce n'est pas seulement entre ses mains que sa méthode réussit, M. Bouillaud a joint à son travail un relevé de quarante-deux cas de pneumonies traitées par les émissions sanguines à haute dose, par M. le docteur Lacase. Ce médecin, sur ces quarante-deux malades, n'en a perdu qu'un seul ; mais M. Bouillaud s'empressse de déclarer que parmi ces pneumonies il y en avait beaucoup de légères. Du reste, ce professeur doit aujourd'hui posséder un nombre très-considérable de faits à l'appui de sa méthode, car je sais de science certaine que plusieurs praticiens de Paris, frappés de ses nombreux succès, l'ont expérimentée et qu'ils ont tous eu lieu d'être satisfaits des résultats qu'ils ont obtenus. J'ai été témoin, pour ma part, de ceux qu'a obtenus M. le professeur Alquié, pendant une année entière que j'ai passée au Val-de-Grâce dans son service. 53 pneumoniques ou pleuro-pneumoniques sont entrés dans les salles de M. Alquié, depuis le premier janvier jusqu'au 31 décembre 1836 ; sur ce nombre, trois seulement sont morts et encore ont-ils été plutôt victimes d'une complication typhoïde, que de la pneumonie elle-même. En outre, du 30 janvier 1837 jusqu'au 31 mars, M. Alquié

(1) Ces 300 malades sont répartis ainsi qu'il suit :

Service de M. Chomel (Charité). — Malades 123, morts 40 (près de 1 sur 3).

Service de M. Gueneau de Mussy (Hôtel-Dieu). — Malades 90, morts 38 (plus des deux cinquièmes).

Service de M. Bertin (hôpital Cochin). — Malades 63, morts 16 (1 sur 4).

Service de M. Cayol (Hôtel-Dieu). — Malades 24, morts 6 (1 sur 4).

a reçu et traité 34 pneumoniques, presque tous comme les 53 précédents, très-gravement atteints, et il n'en a perdu qu'un seul. La mortalité, dans les salles du Val-de-Grâce, a donc été de 4 s. 87, c'est-à-dire de près de 1 s. 22. Tous ont été traités par les émissions sanguines à dose jugulante, avec toutefois les modifications que devaient faire subir au traitement, la constitution, le tempérament des malades, etc. Chez tous ceux qui ont été guéris, la convalescence a commencé de bonne heure, n'a été entravée par aucun accident (1) et s'est terminée très-promptement. Si maintenant nous additionnons les 112 malades de M. Bouillaud, les 42 de M. Lacase et les 87 de M. Alquié, nous obtiendrons une masse totale de 241 malades, sur lesquels seulement 17 ont succombé. La mortalité aura donc été de 1 sur 14 à peu près.

Diagnostic. Le diagnostic de la pneumonie aiguë est généralement facile, quand la maladie se présente dégagée de toute complication et à l'état pathologique normal, si je puis m'exprimer ainsi. Les signes que j'ai énumérés et discutés révèlent avec la dernière évidence, non seulement le caractère inflammatoire, mais encore le siége précis, l'étendue et le degré de l'affection que l'on a sous les yeux; mais ce diagnostic n'est pas toujours aussi facile, et on a quelquefois besoin de l'exploration la plus attentive et du tact médical le plus exercé pour le porter avec certitude.

J'ai dit que la plupart des symptômes de la pneumonie pouvaient se manifester à des degrés très-variables, que leur existence n'était pas

---

(1) La mortalité a été moindre au Val-de-Grâce qu'à la Charité. Ce n'est pas cependant que les malades de M. Alquié fussent moins gravement atteints que ceux de M. Bouillaud. La véritable raison de cette différence, c'est que l'un de ces messieurs pratiquait dans un hôpital militaire et l'autre dans un hôpital civil. Les malades du premier étaient des soldats, presque toujours jeunes, robustes, que l'on apportait au Val-de-Grâce le plutôt possible. Parmi ceux du second, devaient se trouver des sujets de tout âge, de tout sexe, etc., qui ne venaient réclamer les secours de l'art que lorsqu'ils ne pouvaient plus différer. Je pense qu'employée dans les hôpitaux militaires, la méthode de M. Bouillaud donnerait presque toujours des résultats analogues à ceux obtenus par M. Alquié, pourvu qu'elle fût appliquée avec la même intelligence.

constante, que ceux même sur lesquels on se fonde le plus souvent, les signes stéthoscopiques, pouvaient manquer en certaines circonstances. Telle n'est pas l'opinion de Laennec. Ce médecin affirme que les signes qu'il désigne sous le nom de physiques, peuvent toujours être reconnus, et que quelle que soit la situation centrale de l'engorgement, et sa médiocre étendue dans les parties les plus profondes du poumon, à la base ou à la racine de cet organe, la véritable nature de la maladie peut toujours être révélée par l'auscultation. Il y a plus, Laennec assure que, par ce moyen pratiqué dès les commencements, on peut toujours non seulement reconnaître la phlegmasie, mais encore qu'on peut la reconnaître *telle qu'elle est.* Je pense qu'il y a quelque exagération dans cette double assertion de Laennec, et je crois que, quelle que soit l'habitude de l'auscultation et la délicatesse de l'ouïe du médecin, il est très-difficile, souvent même impossible, de percevoir le râle crépitant quand les pneumonies sont centrales, lobulaires, et quand l'engorgement qu'elles déterminent n'est pas très-étendu. Il n'en est pas de même, par exemple, quand la phlegmasie a franchi le premier degré, quand elle a hépatisé en rouge les parties qu'elle n'avait qu'engorgées: alors, bien qu'il faille toujours plus d'attention et de soin que lorsque l'inflammation siége dans un des points périphériques du poumon, on arrive sans trop de difficultés à percevoir la respiration bronchique, la broncho-égophonie, etc.

J'ai insisté trop longuement sur chacun des signes caractéristiques de la pneumonie, pour avoir besoin d'y revenir. Je me bornerai à ajouter quelques mots sur le diagnostic différentiel de cette maladie et de quelques autres affections dont il importe de la distinguer : je veux parler de la pleurésie, de la bronchite, de la cardite et de la péricardite, et enfin de l'hépatite.

Le diagnostic différentiel de la pneumonie et de la pleurésie est facile à saisir, quand l'une et l'autre de ces maladies sont simples. Le râle crépitant, l'expectoration sanglante, le retentissement de la voix sans chevrottement, la matité fixe dans l'inflammation du poumon ; la douleur pleurétique, l'égophonie, l'épanchement et la matité mobile suivant le déplacement du liquide épanché, dans l'inflammation de la

plèvre, ne permettent pas de confondre ces deux affections si différentes par les altérations auxquelles elles donnent lieu. Quand elles existent ensemble, ce qui, ainsi que je l'ai indiqué, arrive le plus souvent, on les reconnaît à la combinaison des deux symptômes suivants, ou bien à l'existence de l'un ou de l'autre : le point de côté et la broncho-égophonie. Sur cet article, dans l'état actuel de la science, il n'existe pas de difficulté. Quant à la bronchite aiguë, ce qui la distingue de la pneumonie, c'est l'absence de ce trouble violent de la circulation qu'on observe constamment dans celle-ci. « Il y a bron- « chite, dit M. Broussais, quand, à la suite d'un refroidissement, « on sent une légère démangeaison au larynx et dans la poitrine avec « une constriction pénible, un sentiment de plénitude et d'embarras « dans la membrane muqueuse nasale, disposition au larmoiement, « pas de douleur, à moins d'une secousse de toux, et pas d'émotion « dans le pouls. L'irritation principale existe dans les capillaires qui « servent à la sécrétion de la mucosité....... Si deux ou trois jours « après le pouls s'élève, la chaleur augmente, la circulation se pré- « cipite, on peut assurer que l'irritation n'est pas bornée aux glandes « muqueuses, qu'elle s'est propagée dans toute l'étendue de la mem- « brane et dans les capillaires du tissu qui sert de moyen d'union aux « vésicules aériennes et aux vaisseaux : il y a alors pneumonie consé- « cutive. » Quand la pneumonie aiguë est primitive, elle se distingue si aisément de la bronchite aiguë, qu'il est difficile de les confondre l'une avec l'autre. Dans la cardite et la péricardite, il y a, ainsi que dans l'inflammation du poumon, gêne de la respiration qui peut être portée à l'excès : c'est là ce que ces trois affections ont de plus commun, seulement, ce symptôme primitif dans la phlegmasie pulmonaire est consécutif dans les deux autres au trouble de la circulation. Du reste, la douleur n'occupe pas le même lieu dans l'une et l'autre de ces maladies. L'hépatite ne saurait non plus être confondue avec une pneumonie qui siégerait au côté droit de la poitrine. L'examen le plus superficiel suffit pour faire connaître la différence qui existe entre ces deux inflammations : l'hypocondre est sensible, tuméfié; la douleur occupe le moignon de l'épaule; la respiration est normale, etc.

COMPLICATIONS. Les complications de la pneumonie formént le point le plus important et le plus difficile de l'histoire générale de cette maladie. En effet, quand elle se manifeste pendant le cours d'une autre affection, et il en est plusieurs dont elle forme, soit à l'état latent, soit manifestement, une des plus terribles complications, ou bien quand elle s'accompagne elle-même d'autres maladies qui se déclarent à l'une ou à l'autre de ses trois périodes, elle revêt une forme et des traits bien différents de ceux que j'ai indiqués ; les symptômes ne sont plus les mêmes, et il faut se garder de leur attacher une égale valeur.

M. Andral a observé plusieurs exemples de bronchite chronique se compliquant de pneumonie, dans lesquels cette dernière maladie, vu l'absence de presque tous ses signes caractéristiques, aurait pu être méconnue sans une investigation très-attentive : dans ces cas assez nombreux, l'auscultation reste muette. Ce professeur se croit en droit d'établir, comme conséquence générale de ses observations, que chez les vieillards, dans les cas de bronchite chronique, toutes les fois qu'on observe une dyspnée et un état fébrile plus intenses que d'habitude, on doit s'attendre à trouver le poumon participant d'une manière plus ou moins grave à l'inflammation bronchique ; on doit alors revenir au traitement de la première période de la pneumonie, et combattre par les émissions sanguines cette dyspnée qui ne résulte plus, comme on pourrait le penser, de l'obstruction des bronches, par l'accumulation des mucosités que sécrète leur membrane muqueuse enflammée.

La pneumonie vient souvent compliquer la phthisie ; mais comme elle ne se manifeste pas alors avec son cortége habituel de symptômes, elle est souvent méconnue. Dans la plupart des cas, elle n'arrive pas à un haut degré d'intensité ; ce n'est, le plus souvent, qu'un engorgement dont les symptômes sont obscurs et qui résulte de l'irritation habituelle à laquelle le parenchyme se trouve soumis continuellement, par suite de la présence des tubercules: l'auscultation seule l'indique. Quand la maladie dépasse ce degré, quand elle envahit une grande étendue du parenchyme pulmonaire, elle hâte la funeste terminaison

de la phthisie, en facilitant la multiplication et le développement des tubercules. C'est encore alors le cas de recourir aux émissions sanguines ; peut-être, dans ces pneumonies intercurrentes à la phthisie, est-on généralement trop réservé sur l'emploi de la saignée. Il importe cependant d'arrêter promptement l'influence fâcheuse qu'elles peuvent exercer et l'impulsion qu'elles donnent au travail morbide, d'où résulte le ramollissement des tubercules.

Certaines inflammations sur-aiguës, diverses phlegmasies chroniques, peuvent aussi se compliquer de pneumonie. Dans certaines fièvres graves, il est souvent difficile de reconnaître l'existence de l'inflammation pulmonaire, car elle ne s'annonce par aucun signe qui puisse appeler l'attention, et n'amène aucune modification dans les phénomènes respiratoires ou autres précédemment observés. Quelquefois la dyspnée, plus forte que d'habitude, invite le médecin à percuter et à ausculter la poitrine, et le met ainsi sur la voie de la véritable cause qui la produit ; mais comme il arrive très-souvent chez ces malades, comme chez les anévrysmatiques, les phthisiques, que la respiration est très-gênée, le médecin s'abuse souvent sur les causes de cette dyspnée et la considère comme le résultat de l'exacerbation de la maladie qu'il combat.

Chez les vieillards, la pneumonie, surtout quand elle survient pendant le cours d'une gastro-entérite, revêt quelquefois une forme trompeuse: l'expectoration peut seule la faire reconnaître dans ces cas, où elle se présente avec tous les symptômes de la fièvre adynamique (Pinel). Mais cette expectoration n'est pas constante, et quand elle n'existe pas, comment arriver à un diagnostic assuré? Indiquera-t-on comme signe de la pneumonie, la prostration profonde dans laquelle le malade est plongé, le dépérissement, le marasme et surtout l'altération de la face et l'amaigrissement général? Mais tous ces symptômes ne peuvent-ils exister sans que la pneumonie survienne? L'affaiblissement général, qui d'ordinaire se fait graduellement, ne s'opère-t-il pas quelquefois d'une manière brusque, prématurée et sans qu'il soit besoin de faire intervenir pour l'expliquer une inflammation du poumon? Avouons-le ; dans ces cas, quelle que soit

l'habileté clinique du médecin, il lui est souvent impossible d'arriver à diagnostiquer sûrement la maladie qui nous occupe.

La pneumonie, soit lobaire, soit lobulaire, s'accompagne presque toujours, et toujours même d'après M. Andral, de bronchite; dans la majorité des cas, elle s'accompagne aussi de pleurésie. Les anciens auteurs croyaient même qu'elle n'existait jamais sans elle, et dans leurs ouvrages, on trouve la maladie dont je traite décrite sous le nom de *pleuro-pneumonie.* Je pense que, dans ce cas, ils ont établi une règle trop générale. Il a été constaté, en effet, par des observateurs éclairés et de bonne foi, 1° que la pleurésie pouvait ne pas exister. Dans plusieurs pneumonies mortelles, la plèvre a été trouvée saine, et l'examen le plus attentif n'y a pu faire découvrir la moindre trace de phlegmasie. J'ai eu occasion de vérifier deux fois ce fait chez deux sujets morts au Gros-Caillou, dans le service de M. Regnault. Chez ces deux hommes, il y avait eu pendant leur vie absence de douleur. Il ne faudrait cependant pas conclure de-là que la plèvre est saine chez un pneumonique, par cela seul qu'il n'existe pas de point de côté; on s'exposerait à se tromper, car souvent cette séreuse a été trouvée enflammée chez des sujets qui, pendant leur vie, n'avaient accusé aucune douleur. 2° La pleurésie peut n'exister que d'un seul côté; la pneumonie étant double, ce cas est même beaucoup plus fréquent que le précédent. Quoi qu'il en soit, chez les malades atteints de pneumonie double ou simple, quand la plèvre a participé à l'inflammation pendant la vie, on y trouve après la mort les diverses traces qu'y laisse d'ordinaire la phlegmasie, c'est-à-dire, injections plus ou moins vives, concrétions albumineuses, exsudations membraniformes, épanchements légers, soit séreux, soit purulents: ces derniers ne sont jamais considérables, car le poumon hépatisé se refuse à se laisser refouler et déprimer, comme dans l'état sain.

Chez les enfants, la pneumonie lobulaire vient souvent compliquer certaines fièvres éruptives, la rougeole en particulier. On la reconnaît difficilement, car il n'y a ni râle crépitant, ni crachats rouillés, ni matité, ni autre signe pathognomonique. Tout ce qu'on remarque, c'est la fréquence de la respiration et du pouls, la chaleur et la séche-

resse de la peau, que l'on attribue le plus souvent à la bronchite aiguë qui précède et accompagne ces maladies éruptives. Heureusement que, dans ce cas, les indications sont à peu près les mêmes.

Pronostic. La pneumonie est une maladie fort dangereuse; alors même qu'elle est légère, il faut se tenir en garde contre une terminaison fâcheuse, car ce n'est jamais impunément qu'une congestion s'opère dans un viscère dont l'importance est si grande dans l'économie. Aussi tous les auteurs, soit anciens, soit modernes, s'accordent à regarder le pronostic comme généralement grave. M. Bouillaud seul pense que la gravité de cette maladie n'est pas telle qu'on le prétend. Je crois que M. Bouillaud a été ébloui par les succès qu'il a obtenus dans le traitement de la pneumonie, par l'emploi des émissions sanguines à dose jugulante. Quelque porté que je sois à adopter et à proclamer comme la plus efficace cette méthode de traitement, je pense que son auteur en a un peu exagéré le mérite, en affirmant « *qu'à* « *l'aide de cette méthode, dans la première et dans la seconde période* « *de la pneumonie de moyenne étendue, on ne perdrait presque point* « *de malades, et qu'on en sauverait un très-grand nombre parmi ceux* « *qui sont frappés d'une pneumonie des plus étendues, de celle qui* « *occupe par exemple une bonne partie des deux poumons à la fois.* »

Quoi qu'il en soit, le pronostic doit varier suivant l'intensité de la phlegmasie, le siége qu'elle occupe, l'étendue du parenchyme qu'elle envahit, la nature des symptômes qu'elle présente, et les diverses complications dont elle s'accompagne. Il doit être fâcheux quand le sujet est d'un âge avancé (1) : M. Laennec a remarqué, en effet, que non-seulement la pneumonie était très-commune chez les vieillards, mais encore que chez eux sa marche était beaucoup plus rapide, et qu'elle avait une tendance plus marquée à se terminer par suppuration. Il doit aussi être grave chez les enfants, d'abord parce qu'elle est plus

---

(1) Sur 79 malades, la mortalité a été, de 18 à 30, de 3 sur 33; de 30 à 40, de 2 sur 9; de 40 à 50, de 5 sur 11; de 50 à 60, de 8 sur 15; de 60 à 70, de 4 sur 8; de 70 à 80, 3 ont offert des symptômes de pneumonie et y ont tous trois succombé. (M. Chomel, Dict. en 21 vol., art. *Pneumonie.*)

facilement méconnue, et ensuite parce que leur respiration étant plus grande que chez l'adulte, un léger degré d'engouement amène des résultats plus sérieux.

Plus la maladie est intense, plus elle est étendue et plus le danger est grand ; il est imminent quand elle est arrivée à la troisième période. Il n'existe pas dans les auteurs d'observation bien authentique de guérison, quand une partie considérable du poumon a été hépatisée en gris. La mort est presque toujours inévitable quand les deux poumons sont envahis dans leur presque totalité : et quel que soit d'ailleurs le degré qu'elle présente, la maladie est d'autant plus dangereuse, qu'elle s'étend à une plus grande portion du parenchyme pulmonaire ; cependant il est quelques cas exceptionnels, rares heureusement, dans lesquels, en raison de l'idiosyncrasie du sujet, un engouement simple d'une partie peu étendue du viscère suffit pour entraîner la mort.

L'inflammation des lobes supérieurs est plus à redouter que celle des lobes inférieurs.

Le pronostic doit être défavorable quand la fréquence du pouls est très-grande. Il est rare, dit M. Andral, que la guérison ait lieu quand le pouls présente 130 pulsations et au-delà par minute. Quelquefois le pouls perd cette fréquence, et vers la fin de la maladie il revient à son état naturel, bien que la respiration s'accélère de plus en plus et que la dyspnée soit extrême : ce signe est constamment l'indice d'une mort prochaine. Si le pouls est irrégulier, intermittent, il dénote l'existence d'une complication grave, d'une lésion organique du cœur.

Le coma est un symptôme de mauvais augure, notamment quand il se manifeste au début de la maladie : il en est de même du délire, quand il est continu et qu'il s'accompagne d'autres phénomènes nerveux ; il indique alors une complication cérébrale. Quand il se manifeste d'une manière intermittente, et seulement aux heures où tous les symptômes s'exaspèrent, il est moins fâcheux, bien qu'Hippocrate ait dit d'une manière générale, *a peripneumoniâ phrenitis, malum ;* il dénote seulement une grande susceptibilité du système nerveux, et si le malade meurt, on ne trouve aucune lésion appréciable de l'encéphale.

L'absence totale ou la suppression des crachats ne sont pas toujours suivies, comme Cullen et Franck le pensaient, d'accidents très-graves. J'ai vu quelquefois l'expectoration diminuer ou devenir nulle, sans que la phlegmasie se soit exaspérée ; cependant, en général, ce symptôme est défavorable. Il en est de même de l'excessive viscosité des crachats et de leur couleur rouge-foncé, qui annoncent que l'inflammation a une grande intensité.

Quand la peau est moite pendant le cours de la maladie, il y a lieu d'en espérer la résolution : il arrive, en effet, qu'à une époque quelconque de sa durée, cette moiteur augmente, et que de symptomatique, la sueur devient critique. Quand la peau, sèche depuis le début de la phlegmasie, se couvre tout-à-coup d'une abondante sueur, et que celle-ci persiste quelque temps, la convalescence est assurée ; elle survient rapidement dans ce cas, et souvent en quelques heures elle est décidée.

La gangrène du poumon est à redouter toutes les fois que, sans cause appréciable, on voit survenir, au milieu des symptômes les plus prononcés d'une phlegmasie intense, un état de calme ; on ne tarde pas à voir apparaître les crachats cendrés, verts ou noirs, livides et fétides, dont j'ai parlé. Ils s'accompagnent de la fétidité caractéristique de l'haleine du malade et d'une extrême débilité.

Il arrive parfois que la plupart des symptômes de la pneumonie s'amendent et disparaissent, mais qu'il en reste un ou plusieurs. Tantôt c'est la toux qui persiste, tantôt c'est la dyspnée, quelquefois ce sont les crachats qui continuent à être sécrétés ; le plus souvent c'est le râle crépitant qui persévère. La maladie passe alors à l'état chronique, et bien que les forces semblent revenir au sujet, bien qu'il n'accuse aucune souffrance et qu'il éprouve même de l'appétit, il n'y a pas à se méprendre sur ce résultat.

L'état de la respiration est le symptôme qui modifie le plus le pronostic ; aussi, quand l'inflammation n'existe que d'un côté, faut-il comparer avec soin cette respiration dans l'un et dans l'autre poumon ; cependant, des différences qui existent il ne faut pas tirer des conséquences trop rigoureuses.

Il est rare que le malade succombe quand la percussion et l'auscultation ne donnent pas de signes positifs ; c'est-à-dire, quand la nature de la maladie n'est révélée que par celle des crachats, quand la poitrine percutée rend un son clair et normal, et quand la respiration se fait entendre dans tous ses points. La pneumonie ne peut alors être que partielle, circonscrite à la base, à la racine ou au centre du poumon, et elle ne semble pas devoir être suffisante pour amener la mort. On trouve cependant, dans les auteurs, de nombreuses observations de nécropsies dans lesquelles on mentionne de petites masses rouges, hépatisées, dans les points du parenchyme que je viens d'indiquer. Mais si on étudie les symptômes observés pendant la maladie, si surtout on les compare aux autres altérations organiques trouvées après la mort, on se convaincra que cette terminaison est due, non à la pneumonie, mais à une toute autre affection qu'elle compliquait.

Crises. On a eu de fréquentes occasions d'observer la terminaison de la pneumonie à la suite de phénomènes critiques, soit quand la maladie a été livrée aux seuls efforts de la nature, soit quand elle a été attaquée et vaincue par un traitement convenable. Les crises les plus heureuses et les plus manifestes sont celles qui se font par les sueurs : *Ut plurimùm per sudores terminatur peripneumonia*, disait Franck. Viennent ensuite celles qui ont lieu par un flux de ventre plus ou moins abondant, ou par un flux hémorrhoïdal, ou enfin par les urines : celles-ci déposent souvent dans ce cas un sédiment copieux, homogène, rouge d'abord, puis blanchâtre ; elles sont sécrétées en très-grande quantité. Franck les a vu portées en un seul jour jusqu'à douze livres. La science ne possède qu'un seul exemple remarquable d'hématurie critique, publié par M. le docteur Latour, d'Orléans.

Les anciens (Boërhaave et Van-Swieten) pensaient que la pneumonie pouvait se juger par une expectoration critique, ou par des abcès qui siégeaient aux membres supérieurs (Franck). Les médecins de nos jours n'ont jamais eu occasion de vérifier cette double assertion.

Résolution. Quand une pneumonie qui n'a pas dépassé le premier degré marche vers la résolution, le bruit respiratoire qui existait mêlé au râle crépitant qui l'obscurcissait ou le masquait tout-à fait, se

dégage peu à peu et devient de plus en plus marqué ; en même temps le râle crépitant diminue, il devient de moins en moins sensible et il finit par disparaître entièrement. La douleur cesse aussi de se faire sentir, la fièvre et la dyspnée sont moindres, l'expectoration redevient catarrhale, la toux plus rare, et la poitrine percutée sonne clair comme dans l'état de santé. Quand la résolution s'opère du second au premier degré, la matité de son diminue ; le râle crépitant, qui avait disparu, se fait entendre de nouveau (*rhoncus crepitans redux*) ; les signes stéthoscopiques dont j'ai parlé (respiration bronchique, broncho-égophonie, souffle tubaire) s'affaiblissent et disparaissent plus tard, remplacés par le bruit normal de la respiration. Si la résolution continue, ce dernier fait chaque jour de nouveaux progrès, et le râle crépitant lui-même s'efface à son tour et cesse d'être perçu. Toutefois, il est bon de noter qu'il n'en est pas toujours ainsi, et que le râle crépitant persiste, bien après que tous les autres symptômes n'existent plus ; il continue à se faire entendre, mêlé au bruit d'expansion pulmonaire, avec peu d'intensité il est vrai et dans une étendue variable. Tant qu'il persiste, il n'est pas permis de regarder la phlegmasie comme tout-à-fait guérie ; il y a encore profondément dans le parenchyme pulmonaire, un point que l'inflammation n'a pas abandonné, et qui pourrait plus tard ramener la maladie à l'état aigu, ou la faire passer à l'état chronique.

Quand la maladie rétrograde du troisième au second degré, c'est encore le râle crépitant qui annonce cette résolution (Laennec) ; mais ici se présente une question importante. La pneumonie arrivée au troisième degré, ou pour mieux préciser, la pneumonie avec formation d'abcès n'est-elle pas au-dessus des ressources de l'art ? A-t-on des faits authentiques qui prouvent qu'elle est susceptible de guérison ? Je n'en connais pas un seul pour ma part. A la vérité, Laennec dit qu'en 1814 il a traité et guéri quatre-vingt pneumonies dans lesquelles il y avait *évidemment* abcès dans le poumon ; mais je pense, avec M. Andral, que Laennec a mal interprété les signes stéthoscopiques qu'il avait observés : ces signes ne caractériseraient aujourd'hui qu'une simple hépatisation. Quoi qu'il en soit, la résolution dans les divers

degrés de la pneumonie commence presque toujours par les points qui ont été les derniers affectés ou qui le sont le moins ; elle marche de ceux-ci vers ceux qui ont été d'abord atteints, et de la circonférence au centre de la phlegmasie, si je puis m'exprimer ainsi ; d'autres fois elle suit une marche inverse.

La résolution ne doit pas être considérée comme complète, tant qu'il existe un peu de fréquence dans le pouls, bien qu'il n'y ait plus ni dyspnée, ni fièvre, ni toux, ni crachats. Cette fréquence du pouls indique que toutes les parties de l'organe sur lesquelles a porté la phlegmasie, ne sont pas entièrement rentrées dans leurs conditions physiologiques. Il faut, dans ce cas, surveiller le malade avec le plus grand soin, et l'ausculter de temps à autre avec attention, afin de s'opposer de suite aux progrès de la maladie, s'il y avait récrudescence. D'autres fois il arrive que la circulation rentre dans son état normal, que tous les symptômes s'effacent, à l'exception de la toux et de la dyspnée qui continuent à se manifester, bien que l'auscultation témoigne que toute phlegmasie est éteinte dans le parenchyme pulmonaire. La dyspnée existe parfois à un degré si faible, que le convalescent n'en a pas lui-même conscience ; elle ne devient réellement sensible que lorsqu'il se livre à quelque exercice qui réclame de l'activité : alors, pour me servir de l'expression usuelle, il est un peu essoufflé. A quoi attribuer cette dyspnée, en l'absence de tout signe stéthoscopique qui décèle l'existence d'un noyau de phlegmasie à l'état latent? Où la trouver ailleurs que dans l'idiosyncrasie du sujet, dans l'une de ces conditions d'organisation qu'il ne nous est pas donné de pénétrer, et en vertu desquelles tel système est plus actif chez tel individu que tel autre?

Quand la pneumonie a été franchement inflammatoire, la convalescence n'est jamais de bien longue durée ; le malade se rétablit pour ainsi dire à vue d'œil ; tous les symptômes de la phlegmasie vaincue s'effacent, et les forces et l'appétit reviennent rapidement. Quelquefois pourtant la convalescence est entravée par quelques circonstances auxquelles il faut faire une grande attention, si l'on veut éviter des rechutes qui sont toujours graves et souvent mortelles. Il arrive en

effet, lorsque l'on a négligé ce restant de râle crépitant que j'ai dit persister souvent, ou quand le malade s'est livré à un écart de régime, qu'il s'est de nouveau exposé à l'action des causes qui ont amené le développement de la maladie, que la phlegmasie se ranime ; le râle crépitant se fait entendre avec plus de force et dans une plus grande étendue, la dyspnée reparaît ainsi que la fréquence du pouls, la respiration s'accélère, enfin l'inflammation reparaît sous la forme aiguë, ou bien le tissu pulmonaire se désorganise lentement et d'une manière souvent latente.

J'ai dit plus haut que la pneumonie pouvait se développer chez les phthisiques, par suite de l'irritation habituelle que les tubercules entretiennent dans le parenchyme pulmonaire. Quand cette phlegmasie, qui réagit à son tour et qui favorise le développement de ces tubercules, vient à s'amender et à disparaître par les effets d'un traitement approprié, on ne voit pas la convalescence s'établir d'une manière vraie. Bien qu'il n'y ait matité dans aucun point de la poitrine précédemment atteint, bien que le bruit d'expansion pulmonaire se fasse entendre dans toutes les parties précédemment engouées, la respiration s'exécute mal, les forces ne reviennent pas et le malade dépérit de plus en plus. Il faut alors ne plus s'occuper de la pneumonie et porter toute son attention sur la phthisie, afin de retarder à tout prix la rapidité de sa marche.

Il est nécessaire, dans le courant de la convalescence, d'ausculter souvent et avec attention les malades, afin de constater qu'il n'existe pas chez eux quelque point d'inflammation latente. Si l'auscultation révèle quelque symptôme alarmant, il faut recourir de nouveau aux moyens employés auparavant, et attaquer et vaincre le mal avant qu'il ait acquis une grande intensité.

Traitement. Le traitement de la pneumonie repose sur une indication bien simple, et dans l'immense majorité des cas, bien facile à saisir. Il suffit, en effet, de jeter un coup-d'œil sur le poumon, de constater sa texture anatomique, de réfléchir un instant aux fonctions si importantes que cet organe remplit dans l'économie et aux altérations diverses que l'inflammation peut amener dans son tissu, pour com-

prendre que l'indication majeure, première, que présente cette maladie, est celle des émissions sanguines. Aussi, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, tous les médecins ont-ils été d'accord sur ce point; tous ou du moins presque tous (1), soit anciens, soit modernes, ont proclamé que la saignée devait être la base du traitement, et qu'autour d'elle devaient venir se grouper tous les autres moyens thérapeutiques dont l'importance et la valeur étaient reconnues moindres. Sydenham l'admettait presque comme le seul moyen curatif, et il était tellement persuadé de ses bons effets et de sa nécessité, qu'il avait cherché à évaluer la quantité de sang qu'il fallait absolument tirer, selon lui, pour guérir une pneumonie confirmée. Il avait fixé cette quantité à 40 onces environ : *Quadraginta sanguinis circiter unciarum impensâ.*

Aujourd'hui l'efficacité des émissions sanguines contre la pneumonie, bien que contestée par M. Louis et niée par M. Trousseau, est généralement admise par tous les praticiens, même par ceux qui ont la plus grande confiance dans le tartre stibié. Elles sont considérées comme formant la partie essentielle du traitement; et le premier précepte que l'on trouve dans les auteurs, est celui de la saignée copieuse et répétée. La seule différence qui existe entre eux porte sur le nombre de saignées qu'il faut pratiquer, sur la quantité de sang qu'il faut obtenir, et enfin sur l'époque de la maladie à laquelle il faut renoncer à ce moyen.

---

(1) Si les émissions sanguines doivent être utiles quelque part, c'est incontestablement dans le traitement des maladies inflammatoires du poumon. Diminuer la quantité de sang répartie dans ce viscère, n'est-ce pas enlever une partie de la maladie elle-même? Dégorger son tissu, n'est-ce pas diminuer l'activité de ses fonctions? Il s'est pourtant trouvé de nos jours deux médecins qui se sont élevés contre l'emploi de ce moyen si salutaire, et qui ont voulu le proscrire. Heureusement que les assertions exagérées et les raisonnements subtils de ces médecins, *hérétiques de la médecine*, pour me servir des belles expressions de Laennec, n'ont modifié en rien l'opinion de leurs confrères.

Du reste, je dois dire que l'un de ces médecins est venu à résipiscence, et que les émissions sanguines sont aujourd'hui employées par celui qui naguère proclamait si hautement qu'il se croirait coupable s'il les prescrivait dans sa pratique.

Quand la pneumonie existe franchement à l'état aigu et sans complication, il faut donc avoir recours de prime-abord à la saignée et ouvrir le traitement par son emploi répété. « La pratique la plus « généralement répandue en Europe, dit M. Laennec, consiste à « faire, au début de la maladie, une saignée de 8 à 16 onces, et à « la répéter tous les jours et même deux fois dans les 24 heures, si les « symptômes inflammatoires ne cessent point, ou si, après s'être « apaisés, ils reprennent au bout de quelques heures une nouvelle « intensité. Après les cinq ou six premiers jours, on éloigne davantage « les saignées, et un peu plus tard on ne tire plus de sang à moins « d'une indication évidente, par le retour de la force du pouls, l'aug- « mentation de l'oppression et de la fièvre. »

La quantité de sang qu'il faut tirer doit nécessairement varier chez les enfants, les adultes et les vieillards. Chez les premiers, il faut mettre quelquefois, dans l'emploi des émissions sanguines, une réserve dont on peut presque toujours se dispenser chez les seconds; chez ceux-ci, les saignées doivent être largement employées et continuées, suivant l'intensité de la maladie et la persistance des symptômes, à toutes les époques de la phlegmasie. Quant aux vieillards atteints de pneumonie, il faut les saigner presque aussi hardiment que les adultes, et sans avoir égard à leur âge, qui ne saurait être une contre-indication. De nombreuses observations prouvent que, chez les hommes d'un âge même fort avancé, la saignée n'a aucun des inconvénients qu'on lui a reprochés et que rien ne doit empêcher de la pratiquer et de la répéter dans le cas qui nous occupe, aussi souvent qu'on le juge nécessaire. Franck rapporte, dans sa *Médecine pratique*, qu'il fit saigner neuf fois un homme de 80 ans atteint d'une pneumonie grave, et qu'il eut le bonheur de le rendre à la santé.

Il faut avoir égard, dans le nombre et la force des saignées, à l'intensité de la phlegmasie, à l'époque plus ou moins rapprochée de son invasion, à la nature de la constitution épidémique, s'il en existe une, au tempérament du malade, à son sexe, à ses forces et aux effets mêmes du remède. En général, il faut les employer largement au début de la maladie et les répéter coup sur coup, afin que les effets

produits par celle que l'on a pratiquée d'abord ne soient pas effacés quand on pratique la seconde.

Il est bon que les saignées soient faites par de larges ouvertures. A mesure que cet écoulement a lieu, on remarque souvent que tous les symptômes de la maladie s'amendent, que la respiration surtout devient plus facile, et l'oppression moindre. Il suffit quelquefois d'une seule saignée, quand elle est faite à propos, au début de l'inflammation et quand celle-ci n'a pas une grande intensité, pour en amener la résolution, pour la *juguler,* comme nous le dirons plus bas; mais le plus souvent les bons effets produits par une saignée ne sont que momentanés, ils s'effacent peu à peu; les symptômes reparaissent, reprennent une nouvelle énergie, et il faut de nouveau recourir aux saignées que des applications successives de sangsues, même nombreuses, ne sauraient remplacer.

Règle générale: lorsque l'auscultation a révélé l'état inflammatoire du parenchyme pulmonaire, il faut recourir à la saignée, toutes les fois que les signes de l'inflammation se dessinent avec force, après avoir diminué ou disparu.

Il arive quelquefois qu'après une première saignée, les symptômes, au lieu de s'amender, s'aggravent; la fièvre augmente; la dyspnée est plus considérable: c'est alors le cas de pratiquer de nouvelles émissions sanguines qu'indiquent presque toujours la couleur du sang tiré de la veine, sa consistance et la couenne inflammatoire dont il se couvre. Cependant il est bon de noter que, dans quelques cas, rares à la vérité, l'état du sang ne vient pas fortifier le diagnostic; il ne se revêt pas d'abord de la couche couenneuse qu'on y remarque d'ordinaire; mais si on pratique de nouvelles émissions sanguines, on voit augmenter sâ densité et sa consistance, et l'indication se trouve pleinement justifiée.

Nous avons déjà vu que la petitesse du pouls n'était pas une contre-indication aux émissions sanguines; il en est de même de l'accablement du sujet, quand ce signe se manifeste au début de la maladie. J'ai vu souvent des malades dont le pouls était petit et serré, la face pâle, qui semblaient livrés à une extrême débilité, se relever après une saignée qui n'eut pas paru rationnelle à quelques médecins. L'in-

termittence du pouls et son irrégularité ne sont pas non plus un obstacle à ce que l'on tire du sang.

C'est surtout à l'état de la respiration qu'il faut avoir égard. Quand la dyspnée est excessive, il y a toujours lieu de pratiquer des émissions sanguines; largement employées au commencement et répétées coup sur coup, lors même qu'elles n'agissent pas directement sur la phlegmasie, pour la juguler ou pour l'enrayer dans sa marche, elles produisent toujours des effets salutaires ; elles rendent moindres la gêne de la respiration ainsi que l'oppression, et les suppriment quelquefois par un effet qu'on pourrait appeler purement mécanique.

La saignée doit être surtout pratiquée au moment où le paroxysme se manifeste, c'est-à-dire le matin et le soir.

Quelques médecins ont écrit ou professé qu'il ne fallait saigner que dans les premiers jours de la maladie. Pringle prohibait la saignée après le quatrième jour. Mais à l'autorité de ce praticien, qui fut, je le sais, un grand observateur, ne peut-on opposer l'autorité non moins imposante de Huxham, de Tissot, qui saignaient jusqu'au dixième jour, et surtout de Franck, qui a souvent guéri des pneumonies par la saignée, après le quatorzième jour? *In ultimo peripneumoniæ lethalis gradu*, dit ce grand maître, *nec rarò, sub frigidis jamjam extremitatibus, facie vix non cadavericâ, pulsibusque minimis, venam, suffocanti ægro cum felici rerum exitu aperuimus.* Galien n'avait-il pas donné le précepte de saigner même le vingtième jour, si cela était nécessaire? Je pense qu'il n'est pas d'époque dans la maladie où il ne faille recourir à ce moyen et où il ne soit utile, s'il est vraiment indiqué par la fréquence du pouls et par sa plénitude, par la présence du sang dans les crachats, par la toux et surtout par la gêne de la respiration.

Chez les femmes atteintes de pneumonie, la menstruation ne doit pas empêcher de saigner.

L'état gastrique dont j'ai parlé cède facilement à la saignée; il n'est pas nécessaire, bien plus il est dangereux de recourir à l'émétique pour le combattre. L'émétique peut déterminer des accidents graves; il peut même devenir mortel (Franck). J'ai vu quelquefois, à la Charité,

traiter des malades atteints de pneumonie, avec complication bilieuse bien caractérisée (langue jaunâtre, bouche amère, etc., etc.); l'émétique, quand on l'employait, n'amenait, dans les cas les plus heureux, qu'une amélioration momentanée. Pour détruire tout-à-fait cet état morbide, il fallait recourir aux émissions sanguines qui en faisaient promptement justice. Au Val-de-Grâce, je n'ai pas vu une seule fois employer l'émétique, et les pneumonies bilieuses n'en guérissaient que plutôt.

Quand la pneumonie présente cet ensemble de symptômes que Franck désigne sous le nom de *péripneumonie nerveuse*, et qui résulte d'une affection concomitante de la membrane muqueuse gastro-intestinale, il faut agir à la fois sur l'un et l'autre des éléments de la maladie et les combattre par des moyens appropriés. Ici, j'avoue que les émissions sanguines n'ont plus autant de valeur, eu égard à l'état réel de prostration qui existe; il ne faut pas trop insister sur leur emploi, car le mouvement circulatoire ne doit pas ici être trop affaibli, crainte d'annuler l'influence cérébro-rachidienne et les mouvements respiratoires. Il faut recourir aux applications de sangsues, que l'on renouvellera au cou, derrière les oreilles, et dont on secondera les bons effets par l'emploi des révulsifs; il faut attacher dans ces circonstances difficiles beaucoup d'importance aux signes que fournit l'auscultation.

Après la saignée générale, les saignées locales, qu'on répétera aussi souvent qu'on le jugera nécessaire, et toujours d'après les mêmes indications. On insistera sur les sangsues, si le malade se plaint d'un point douloureux, et on en proportionnera le nombre à l'intensité et à l'étendue de la douleur.

Chez les enfants, il faut souvent recourir aux sangsues, en raison de la petitesse de leurs veines, qui s'oppose quelquefois à ce que l'on tire du sang par la lancette. Elles ont d'ailleurs, chez les enfants, par suite du peu d'épaisseur des parois thoraciques, des effets plus avantageux que chez les adultes et les vieillards. Elles semblent avoir une action plus prononcée sur la phlegmasie.

Le malade doit être soumis à une diète sévère. Le travail de la digestion, quelque léger qu'il soit, provque et entretient dans le pou-

mon une excitation fâcheuse. Il faut, autant que possible, condamner ce viscère au repos, en diminuant l'activité de ses fonctions par tous les moyens qui sont en notre pouvoir. On prescrit des boissons émollientes ou diaphorétiques en assez grande quantité ; le sujet doit boire à petites doses et d'après la soif qu'il ressent : il faut les lui donner tièdes, bien que Sarcone les prescrivît froides et même glacées.

Les émissions sanguines doivent être continuées jusqu'à ce qu'il n'existe plus de réaction : alors on peut avoir recours aux révulsifs et appliquer des vésicatoires, soit aux extrémités inférieures, soit sur la poitrine ; mais il faut bien se garder de les employer trop tôt, crainte de ramener l'inflammation. Toute application de ce genre faite prématurément est, en général, plus nuisible qu'utile. On peut aussi, à cette époque de la maladie, substituer les boissons toniques aux mucilagineuses, prescrire la décoction de polygala et quelques médicaments stimulants, tels que le kermès, etc. etc. Cette médication tonique est surtout convenable, quand, l'inflammation ayant été portée à un haut degré, le poumon, à l'époque de la convalescence, est encore un peu engorgé par une certaine quantité de sérosité ; elle fait disparaître le râle crépitant qui se fait encore entendre, ainsi que la légère dyspnée qui existe. On seconde ses bons effets par un régime convenable, un exercice modéré, etc. etc.

Quand tout travail inflammatoire a disparu, on peut sans crainte administrer, si cela devient nécessaire, un purgatif, pourvu toutefois qu'il n'existe ni chaleur à la peau, ni accélération dans le pouls. Le râle crépitant dont nous venons de parler et qui persiste si souvent, ne doit pas être regardé comme un obstacle à une purgation. L'engorgement du poumon qu'il indique, en l'absence de tout autre signe phlegmasique, est manifestement passif. Dans les mêmes circonstances et lorsque des symptômes d'embarras gastrique se manifestent, on peut aussi, avec la plus grande réserve, prescrire un vomitif. Mais, quelle que soit l'apparence bilieuse dans la pneumonie,. je ne conseillerai jamais de donner un vomitif au début de la maladie et après la première saignée, bien que le succès ait souvent justifié l'emploi de ce moyen dans la pratique de plusieurs grands médecins (Stoll, Finke, Corvisart).

M. Bouillaud ayant modifié la méthode ordinaire des émissions sanguines et l'ayant employée d'une manière plus spéciale, il convient de s'arrêter quelques instants sur la thérapeutique de ce professeur, thérapeutique que j'ai adoptée comme étant la plus efficace, et à laquelle je donne hautement la préférence. Je laisserai parler M. Bouillaud, après avoir fait observer toutefois que ce médecin prescrit de modifier les règles qu'il donne suivant les cas particuliers que l'on a sous les yeux, et d'avoir égard avant tout au sexe, à l'âge, aux forces, au tempérament du malade et aux conditions de la maladie.

« Supposons, dit M. Bouillaud, que nous ayons à traiter une pneu-« monie d'une étendue et d'une intensité moyenne, au premier ou tout « au plus au second degré, chez un individu adulte, d'une force et « d'une constitution ordinaire : voici comment il convient, selon nous, « d'appliquer la méthode des émissions sanguines.

« *Premier jour.* Une saignée de bras de quatre palettes le matin ; le « soir, une seconde de trois ou quatre palettes. Dans l'intervalle des « deux saignées, on appliquera sur le côté douloureux trente sangsues « ou des ventouses scarifiées, de manière à obtenir trois palettes de « sang environ.

« *Deuxième jour.* Une troisième saignée de même quantité que les « deux premières, et si la douleur de côté persiste, on réitérera l'ap-« plication des sangsues ou des ventouses.

« *Troisième jour.* La plupart des péripneumonies du premier degré « sont arrêtées et pour ainsi dire jugulées dès le troisième jour du trai-« tement.. .... Que si la péripneumonie persiste encore le troisième « jour, il faut, sans hésiter, pratiquer une saignée de trois ou quatre « palettes.

« *Quatrième jour.* La péripneumonie, même quand elle est par-« venue au second degré, résiste rarement au-delà du quatrième jour. « Dans les cas où il en est ainsi, on peut pratiquer encore une nouvelle « saignée, mais le plus ordinairement il est mieux d'y renoncer et « d'appliquer un large vésicatoire sur le côté malade.

« Règle générale : on ne doit renoncer décidément aux émissions « sanguines que du moment où la réaction fébrile est nulle ou presque

« nulle, et que la dyspnée et la douleur ont à peu près complétement « cessé. Si, comme toutes les règles générales, celle-ci comporte « quelques exceptions, elles sont très-peu nombreuses.

« *Cinquième et sixième jours.* Il ne s'agit plus que de surveiller « attentivement l'état du malade. Dans les cas les plus ordinaires, la « résolution s'opère rapidement et l'appétit commence déjà à se faire « sentir. Dans quelques cas exceptionnels, une réaction, une sorte de « recrudescence peut se manifester, et on peut être réduit à revenir, « mais avec plus de réserve et de sobriété, aux émissions sanguines. Il « me semble toutefois que c'est alors ou jamais qu'on pourrait tenter « avec quelque avantage le tartre stibié à haute dose.

« . . . . . . Les pneumonies légères ne datant que d'un jour ou deux, « à la fois peu étendues et au premier degré, sont enlevées ordinaire- « ment après la troisième émission sanguine . . . . . . Il n'en est pas de « même des pneumonies très-graves, savoir : celles qui envahissent la « majeure partie des deux poumons et qui sont parvenues au second et « même au troisième degré. Il faut porter les saignées du bras jusqu'à « sept, huit et même neuf, sans préjudice des émissions sanguines « locales, telles que nous les avons précédemment indiquées.

« Quant aux péripneumonies qui envahissent la totalité d'un poumon, « ou qui sans être aussi vastes sont décidément parvenues à la troisième « période, elles tuent le plus souvent le malade, avant qu'on ait eu le « temps de pousser aussi loin les saignées. »

Nous avons vu que Sydenham avait fixé à environ 40 onces la quantité de sang dont la soustraction était nécessaire pour la guérison d'une pneumonie confirmée. Cette quantité, que beaucoup de médecins (MM. Broussais, Chomel) trouvaient déjà insuffisante, est bien au-dessous de celle qu'il faut retirer dans la méthode dont nous venons d'exposer les règles. Le maximum des émissions sanguines, chez 57 malades dont M. Bouillaud a publié l'histoire, a été d'environ dix livres de sang, et le minimum d'à peu près une livre douze onces. La moyenne est donc entre quatre livres et demie et cinq livres. C'est presque le double de la quantité que Sydenham avait indiquée.

Si l'on ne savait d'avance l'extrême facilité avec laquelles les malades

supportent, dans certains cas, d'énormes pertes de sang, et la promptitude avec laquelle ces pertes sont réparées, on s'alarmerait en voyant soustraire en si peu de temps et coup sur coup jusqu'à dix livres de sang. J'ai vu plus d'une fois des médecins instruits reculer devant les émissions sanguines portées à ce point, crainte de livrer le malade aux dangers de l'épuisement et aux chances d'une convalescence longue et tardive. Eh bien ! j'affirme que je n'ai jamais eu, soit à la Charité, soit au Val-de-Grâce, une seule occasion de voir leurs craintes vérifiées : non-seulement la convalescence a toujours été sans danger, mais encore elle a toujours été plus prompte que lorsqu'on avait employé toute autre méthode.

Une complication bilieuse n'est pas une contre-indication aux émissions sanguines à haute dose : quelques symptômes gastriques n'altèrent en rien la nature de la pneumonie, quand celle-ci n'est compliquée d'aucun autre élément. Toutes les pneumonies bilieuses, dans le service de M. Bouillaud et dans celui de M. Alquié, sont traitées comme les autres et avec un égal succès.

Quelques médecins ont nié que la pneumonie pût être jugulée ; tous ont cependant, dans leur pratique, des cas de pneumonies guéries avant le septième jour. Ne peut-on pas les considérer comme jugulées ? Si les émissions sanguines étaient pratiquées par tout le monde comme par M. Bouillaud, la jugulation de la pneumonie ne serait pas si rare. On en trouve pourtant dans les auteurs de nombreux exemples : je ne multiplierai pas les citations pour le prouver ; je me bornerai à dire, avec Franck : souvent quelques saignées font promptement avorter l'inflammation. Si vous ne tirez hardiment une grande quantité de sang, craignez la mort ou la suppuration qui n'en diffère guère.

Existe-t-il des cas dans lesquels cette méthode des émissions sanguines à dose jugulante est contre-indiquée ? Les saignées générales ou locales, répétées coup sur coup, sont-elles toujours héroïques dans le traitement de toute espèce de pneumonie ? Je ne suis pas assez enthousiaste de cette méthode pour fermer les yeux à l'évidence, et j'avouerai volontiers qu'elle n'est pas suceptible de s'appliquer indistinctement à tous les cas. La plupart des médecins qui se sont occupés spécialement des ma-

ladies de poitrine ont constaté qu'il existait plusieurs circonstances dans lesquelles les émissions sanguines ne devaient pas être portées trop loin, dans lesquelles elles réussissaient moins bien. Quand la pneumonie est fausse, quand elle ne constitue pas à elle seule toute la maladie, quand les signes d'inflammation sont plus obscurs que d'ordinaire, quand il y a complication d'autres éléments morbides (fièvres continues, adynamiques, fièvres éruptives, affections typhoïdes, pneumonies de certains vieillards), quand le sujet atteint de phlegmasie est profondément débilité par des maladies antérieures, par des affections morales tristes ou par toute autre cause analogue, quand son tempérament est éminemment lymphatique, quand le poumon malade depuis long-temps n'exerce ses fonctions qu'à l'aide d'une portion peu étendue de son parenchyme restée saine ; dans tous ces cas, dis-je, il faut être réservé sur l'usage de la saignée, sans toutefois y renoncer tout-à-fait. Il faut recourir aux sangsues, aux ventouses, et insister sur leur emploi répété.

Qu'il me soit permis, avant de terminer cet essai, de citer, à l'appui de l'efficacité du traitement que je viens d'indiquer, quelques observations recueillies à l'hôpital de perfectionnement du Val-de-Grâce, dans le service de M. Alquié. Je dois à la bienveillance de ce professeur (1) l'autorisation de les publier ; elles ont été rédigées d'après les

(1) Je saisis avec empressement cette occasion de remercier M. Alquié de l'intérêt qu'il a daigné me témoigner pendant tout le temps que j'ai passé sous ses ordres au Val-de-Grâce. C'est à ses excellents conseils, aux habitudes d'observation et d'examen contractées près de lui, et surtout au desir ardent de marcher, quoique de très-loin, sur ses traces, que je dois le peu d'instruction que je possède. Appelé à l'hôpital militaire de perfectionnement, en récompense de services éminents rendus aux armées et notamment en Afrique, M. Alquié a toujours su concilier la respectueuse affection et la reconnaissance de tous les jeunes chirurgiens militaires placés dans son service. La juste réputation dont il jouit comme médecin et comme professeur est trop solidement établie, pour que mon humble suffrage puisse y ajouter quelque chose : aussi

notes journalières prises sous ses yeux au lit des malades, et sur les relevés faits à la fin de chaque trimestre par mon collègue et ami, M. le docteur Lombard, à cette époque chef de clinique à la seconde division des fiévreux.

Obs. 1re. Marsau, sous-officier sédentaire, âgé de 56 ans, entré à l'hôpital le 11 avril 1836 (salle 8, n° 31). Il n'avait jamais eu, disait-il, d'affection de poitrine; mais quelque temps auparavant il avait fait une chute, et il s'était meurtri le côté gauche contre un trottoir. Il souffrait depuis huit jours : à son entrée, il présentait les symptômes suivants : pouls fréquent et large, peau chaude et moite, mouvements respiratoires pressés, incomplets, en raison de la vive douleur qu'il éprouve au côté. On entend un peu de râle muqueux, mêlé à beaucoup de râle crépitant, à la partie inférieure, postérieure et latérale gauche du thorax; pas de broncho-égophonie; toux et crachats rouillés adhérents entre eux et au vase qui les contient. Saignée du bras de XII ℥, prescrite par le chirurgien sous-aide de garde; 20 sangsues sur sur le point douloureux.

Le 12, au matin, à la visite de M. Alquié, mêmes symptômes; cependant le malade affirme se trouver quelque peu mieux. La saignée l'a soulagé, il respire plus facilement. Le sang tiré de la veine forme un caillot volumineux qui est couvert d'une couenne peu dense. Diète, gomme 2, saignée du bras de VIII ℥.

Le 13, mieux sensible. Le sang tiré la veille offre une couenne jaune, grisâtre, plus résistante que celle de la première saignée; la respiration est beaucoup plus facile; la douleur moindre ne se fait ressentir que dans les grandes inspirations et quand le malade tousse; les crachats sont abondants et peu rouillés; il y a encore beaucoup de crépitation; le pouls est encore fréquent, mais il est moins fort. Nou-

ne parlerai-je ici que du tendre intérêt qu'il montre à ses élèves, du zèle dont il fait constamment preuve quand il s'agit de les instruire, et de la bienveillance qu'il est toujours prêt à leur témoigner. Il n'en est aucun qui n'ait été, comme moi, obligé par lui en quelques circonstances, et qui, comme moi, n'en conserve le souvenir.

velle saign. de ℥ viii. Diète, gomme 2; le soir, 4 ventouses scarifiées sur la poitrine.

Le 14, la chaleur à la peau, la fréquence du pouls, la douleur de côté, la toux n'existent plus; encore un peu de râle crépitant disséminé. Demi-bouillie sucrée, gomme 2.

La maladie marche rapidement vers une résolution complète.

Le 16, Marsau n'a plus qu'une simple bronchite.

Le 20, il est complétement guéri.

Obs iie. Loth, sous-officier sédentaire, âgé de 49 ans, entré à l'hôpital le 28 mai 1836 (salle 8, n° 22), après huit jours d'invasion. Ce malade était, quand on l'apporta, en proie à l'anxiété la plus vive, il se plaignait beaucoup, se disait presque mort et s'agitait sans cesse. Le pouls était fort, large, fréquent; une sueur abondante et visqueuse couvrait tout le corps; les crachats étaient rendus en grande quantité et presque rouges; l'oppression était grande. Dans tout le côté gauche la respiration était nulle, excepté dans une petite étendue au sommet, où il existait un peu de râle crépitant. Matité partout ailleurs. Dans le poumon gauche, râle sibilant mêlé à quelques bulles de râle crépitant, respiration vésiculaire très-active et comme râpeuse. Saignée au bras de xviii ℥: le caillot est large, épais et se recouvre en peu de temps d'une couenne membraniforme assez dense.

Le 29, le malade est un peu moins oppressé, mais il se plaint encore; il désespère toujours de sa guérison, il est placé sur son lit presque assis et le tronc incliné en avant. On entend un peu plus de râle crépitant à droite. Diète, inf. pect., pot. gom., saignée au bras de xiv ℥: le sang se couvre d'une couenne très-épaisse.

30. Nuit bonne, quelques heures de sommeil; le malade est mieux. Cependant la persistance des symptômes ci-dessus indiqués, quoique sensiblement amendés, engage à prescrire une nouvelle saignée de xii ℥. Loth s'y soumet, malgré sa répugnance à se laisser tirer encore du sang: couenne inflammatoire très-épaisse.

31. Le poumon gauche est presque revenu à son état normal. L'air pénètre dans tout le poumon droit, mais en produisant encore beau-

coup de râle crépitant dans les points précisés. Le pouls a perdu beaucoup de sa fréquence et de sa force, les crachats plus abondants sont moins rouillés. Six ventouses scarifiées à droite.

Le 1er mai, encore du râle crépitant à droite, plus intense même que la veille. Diète, saignée de XII ℥, pas de couenne, caillot consistant, très-vermeil, recouvert par le sérum.

2 mai. Amélioration très-sensible, la crépitation seule persiste; presque tous les autres symptômes, à l'exception de la toux, ont disparu. 4 ventouses scarifiées à la partie antérieure du thorax.

3. Même état. 12 sangsues de chaque côté de la poitrine sous les clavicules; le malade tousse encore beaucoup, mais ses crachats sont ceux d'une bronchite simple.

4. Mieux évident. Demi-bouillon, demi-bouillie sucrée.

5. Vésicatoire sur le côté droit de la poitrine; une pilule d'acétate de morphine de 1/8 de grain, que l'on administre le soir pendant quelques jours. L'état du malade s'améliore à vue d'œil, son alimentation est augmentée progressivement. La convalescence s'établit, elle marche rapidement et sans accidents d'aucune espèce.

Loth sort de l'hôpital le 12 juin parfaitement guéri.

Obs. IIIe. Deschamps, fusilier au 45e régiment de ligne, âgé de 24 ans, tempérament sanguin, constitution forte, entra à l'hôpital le 20 avril 1836; il se plaignait d'un point de côté qui avait été précédé de frisson, et suivi de toux et d'expectoration. La douleur siégeait un peu au-dessous du mamelon droit, et s'étendait jusqu'à la partie inférieure et un peu postérieure du thorax. Le pouls était plein et fréquent, la face rouge, animée, la respiration accélérée; râle crépitant et bruit d'expansion vésiculaire moindre dans la moitié inférieure du poumon droit; quelques crachats rouillés et adhérents; diminution légère de la sonoréïté de la poitrine. Saign. du bras XII ℥, 6 vent. scar. sur le point douloureux; le soir l'oppression est moindre, mais le pouls est toujours fort et surtout fréquent (105, 110 puls. par minute); saign. XII ℥.

21. Les deux caillots sont volumineux, mais celui de la saignée du matin offre seul une couenne légère; la nuit a été assez bonne, le ma-

lade a un peu dormi, la douleur est moindre; le pouls est tombé à 80, 85 pulsations par minute; moins de râle crépitant, mais cependant peu de bruit d'expansion vésiculaire dans la fosse sous-épineuse, et dans la moitié inférieure des régions antérieure et latérale droites de la poitrine. Diète, gom. 2, saig. XII. ℥, lavem. émoll.

22. Le sang est recouvert d'une couenne jaunâtre; même état que la veille, aucune modification en bien. Diète, saig. XII ℥, 30 ss. sur le côté droit.

23. Pas de couenne, sang fibrineux, peu de sérum; la maladie a fait quelques progrès. Point de sommeil, toux fréquente et douloureuse, crachats abondants et renfermant une quantité considérable de sang; douleur intense au point indiqué; pouls plein et fort; râle crépitant surtout en arrière vers l'angle inférieur de l'omoplate. Diète, pot. gom., saign. br. de VIII ℥. Dans la journée, le malade a un épistaxis léger et une hémoptysie assez considérable; le râle crépitant existe toujours avec un peu moins d'intensité, il est vrai; respiration vésiculaire à peine sensible dans le poumon droit; pouls fort et fréquent; douleur de côté très-vive. Saig. XX ℥, 30 ss. *loco dolenti.*

24. Le caillot des saignées de la veille est volumineux et recouvert d'une couenne partielle, peu de sérum; le point de côté n'existe plus; la nuit a été calme, quelques heures de sommeil; la toux et l'expectoration ont diminué, mais le pouls conserve encore sa fréquence et sa force, et la peau reste chaude. Diète, gom. 2. Le soir, cet amendement a disparu, le malade accuse une vive céphalalgie; le pouls est fort et dur; il y a beaucoup de sang dans les crachats, dont la quantité a augmenté; la dépression des forces est grande; toux, respiration obscure; en bas et en arrière à droite râle crépitant disséminé. Saign. XV ℥, couenne épaisse, grisâtre et résistante.

25. Amélioration remarquable. Le pouls est presque à l'état normal pour la fréquence, il est encore un peu fort; la peau conserve de la chaleur fébrile, il n'y a plus de céphalalgie, plus d'oppression; les crachats sont séro-muqueux, la respiration facile, le râle crépitant beaucoup moindre. Diète, gom., pot. g. Léger mouvement fébrile le soir.

26. Le mieux se soutient, presque plus de râle, respiration vésiculaire très-grande, tous les symptômes ont disparu.

27, 28. Amélioration progressive. Le malade marche tous les jours vers la guérison ; l'alimentation est dirigée avec prudence, et le 5 mai Deschamps est complétement rétabli.

Obs. iv. Lecorre, soldat au 43e régiment de ligne, âgé de 24 ans, entré à l'hôpital le 20 avril 1836 (salle 8, n° 11). Dix-huit mois auparavant il avait eu une fluxion de poitrine, dont on l'avait guéri par la méthode ordinaire des émissions sanguines, et pour laquelle il avait passé un mois dans un hospice. Il toussait depuis le mois de janvier, et se plaignait d'être moins bien depuis environ quinze jours. A son entrée, il offrait les symptômes suivants : face rouge, anxieuse, pommettes colorées, céphalalgie intense augmentant par les efforts de toux ; pouls large et fréquent (95 à 100 pulsations par minute) ; inspirations pressées et multipliées ; toux pénible ; expectoration abondante de matières séro-muqueuses ; râle crépitant à la partie postérieure des deux poumons, surtout en bas et à gauche ; bruit d'expansion vésiculaire affaibli en ce point et diminution de la sonoréïté ; les contractions du cœur sont énergiques et perçues dans presque toute l'étendue de la poitrine. Diète, gomm. 2, saignée du bras xii ℥, 6 ventouses scarifiées à la partie postérieure du thorax : le caillot est volumineux, il y a peu de sérum, la couenne est légère. Le soir, le malade étant dans le même état, nouvelle saignée de xii ℥ : le sang offre le même aspect que celui du matin.

21. Le pouls est moins fort, mais il est toujours fréquent ; la respiration s'exécute plus facilement ; les contractions du cœur sont toujours énergiques ; le sujet a dormi deux heures pendant la nuit ; il y a du mieux dans son état ; le râle crépitant persiste. Diète, gomm., saign. xii ℥, lav. émoll. : couenne jaunâtre plus épaisse et plus résistante que celle des deux autres saignées.

22. Le pouls est moins fréquent (80, 85 puls.), la peau est encore chaude, les pommettes colorées, les crachats spumeux ; râle crépitant

au sommet du poumon droit. Diète, gomm., saign. x ℥, 30 sangsues à la partie postérieure du dos : le caillot très-fibrineux n'a pas de couenne.

23. Moins de chaleur à la peau ; pouls peu fréquent, presque revenu à l'état normal ; encore quelques bulles de râle crépitant aux points indiqués et au sommet du poumon droit en arrière ; partout ailleurs bruit d'expansion très-sensible ; respiration facile, crachats peu abondants et n'adhérant plus au vase. Demi-bouillon, demi-bouillie sucrée, gomm.

24. Le malade va bien ; il y a cependant encore un peu de fréquence dans le pouls et de chaleur à la peau, mais ces symptômes disparaissent le jour suivant ; l'appétit se manifeste ; l'alimentation est progressivement augmentée, et la convalescence marche avec rapidité. Quand il sortit de l'hôpital, Lecorre, ausculté avec beaucoup de soin, ne conservait d'autre signe de maladie que cette petite toux dont il avait contracté l'habitude avant d'y entrer et depuis le commencement de janvier : il remit son billet le 7 mai (1).

Obs. v. Jean, grenadier au 45e de ligne, tempérament sanguin, constitution forte, âgé de 23 ans, entré au Val-de-Grâce (salle 8, n° 72) le 5 juillet 1836. Il est malade depuis plusieurs jours, mais les renseignements qu'il donne sont trop vagues pour qu'on puisse préciser

---

(1) Il nous arrive souvent, dans nos hôpitaux militaires, de garder quelque temps des hommes dont la maladie a tout-à-fait disparu, et que l'on renverrait sans crainte des hôpitaux civils : aussi, dans l'appréciation de la durée d'une affection donnée, faut-il tenir compte de ce retard. Les soldats rendus à leurs corps reprennent leur service sur-le-champ, à moins d'une réclamation spéciale du médecin, et il importe de ne les laisser aller que lorsqu'ils ont retrouvé toutes leurs forces et toute leur aptitude ; de plus, ils ont la triste habitude d'aller avec les camarades qui sont venus les voir pendant leur maladie, fêter au cabaret leur sortie de l'hôpital : là, ils se dédommagent, disent-ils, en un seul jour, de toutes les privations qu'ils ont subies pendant long-temps.

l'époque de l'invasion et remonter aux causes de la maladie. Il accuse une vive céphalalgie, la bouche est mauvaise, la langue est chargée et pointillée de rouge ; soif intense ; le ventre est douloureux à la pression ; deux selles liquides en 24 heures ; le pouls est plein et fréquent, la peau chaude, pas de douleur à la poitrine ; sonoréïté parfaite ; pas de signes physiques résultant de l'auscultation. Diète, saign. xvi ℥, 40 ss. sur l'abdomen. Le soir, la respiration nous semble s'exécuter moins facilement que le matin, elle est plus fréquente. Le malade est ausculté de nouveau : le bruit d'expansion vésiculaire est très-intense dans toute l'étendue de la poitrine, excepté dans un point peu étendu en arrière et à gauche à la partie inférieure, où il existe une légère crépitation ; le son est clair partout ; les matières expectorées sont visqueuses, mais non rouillées ; le sang tiré le matin est couvert d'une couenne épaisse. Nouvelle saignée de xii ℥ : couenne dense, jaunâtre, épaisse.

6. Crachats visqueux et rouillés ; râle crépitant plus fort et perçu dans une plus grande étendue ; son toujours clair à la percussion ; respiration accélérée ; pouls plein et fort, fréquent ; peau chaude, sudorale ; ventre indolent ; peu de soif. Saignée x ℥. Le soir même état, nouvelle saignée de x ℥.

7. Nuit mauvaise ; agitation extrême ; tous les symptômes indiqués se sont exaspérés ; son mat à la partie inférieure gauche du thorax. Saignée de xii ℥, six ventouses scarifiées au point précité.

8. Même état. Souffle tubaire, broncho-égophonie, son mat sur une plus grande surface. Saignée de xv ℥, le sang est toujours couenneux.

9. Quelques heures de sommeil ; le malade est sensiblement soulagé. Rémission évidente : moins de sang dans les crachats ; son encore mat ; plus de souffle tubaire ; râle crépitant de retour, mais faible ; respiration plus facile ; peu de toux.

10. La résolution fait des progrès rapides ; le malade demande à manger ; le bruit d'expansion pulmonaire prédomine sur le râle crépitant ; son clair partout, plus de toux ; expectoration muqueuse, respiration facile, convalescence assurée.

11, 12. Il n'y a de morbide qu'un peu de râle crépitant, qui persiste jusqu'au 15 : alimentation légère, potions kermétisées.

Jean sort de l'hôpital parfaitement guéri et plein de force, le 27 juillet.

OBS. VIe. Matrynon, 45e de ligne, 23 ans, entré à l'hôpital le 27 juillet (salle 8, n° 10). Il est malade depuis cinq jours : à la suite d'un refroidissement il a été pris de frisson et de douleur au côté droit de la poitrine ; il tousse beaucoup, mais la toux est sèche et comme avortée. Décubitus dorsal ; pouls fréquent, dur et peu développé ; peau sans chaleur. La douleur de côté augmente par la pression, par la percussion et par les efforts inspiratoires. Son mat à droite en bas et en arrière, pas de broncho-égophonie, souffle tubaire, râle crépitant très-intense en haut. D. gom. 2, saign. de xx ℥, 6 vent. sc. *loco dolenti*. Le soir, nouvelle saignée de xv ℥ : le sang est fortement couenneux.

28. Même état, la douleur de côté est moindre ; les autres symptômes persistent avec une égale intensité. Saignée de xii ℥, 30 ss. le soir.

29. Dyspnée toujours marquée ; expectoration visqueuse, rouillée, abondante ; pouls fréquent, peu développé ; son toujours mat ; râle crépitant très-prononcé. Saign. de xii ℥, 6 vent. sc. : le sang est encore couenneux.

30. Moins de dyspnée, son mat, souffle tubaire, broncho-égophonie, râle crépitant plus étendu, expectoration trés-rouillée. Saign. de xii ℥.

31. Apyrexie complète ; trois heures de sommeil ; la broncho-égophonie et le souffle tubaire sont peu prononcés ; le râle crépitant est moins fort et moins étendu ; l'expectoration beaucoup moins sanglante ; plus d'oppression : le malade assure qu'un changement complet s'est opéré.

1er Août. L'amélioration continue ; le râle crépitant est seul perçu, mêlé d'un peu de respiration vésiculaire. Vésicatoire sur la poitrine. On commence à alimenter le malade.

2, 3, 4. La résolution marche ; tous les symptômes disparaissent ;

plus de râle crépitant ; la respiration est très-facile ; la poitrine percutée sonne clair partout. Le malade reste jusqu'au 17, et sort à cette époque, après avoir mangé pendant six jours les trois quarts.

Obs. vii. Conner, fusilier au 45e régiment de ligne, âgé de 22 ans, entra au Val-de-Grâce le 12 août 1836 (salle 8, lit 6), après huit jours de maladie. Avant son entrée, il avait été saigné par le chirurgien du corps. Il présenta à la visite du matin l'état suivant : douleur vive au côté droit du thorax dans une grande étendue, dyspnée considérable, toux, expectoration abondante de crachats visqueux et presque rouges; la poitrine percutée sonne mat à droite et en arrière. Le stéthoscope, appliqué sur ce point, dénote l'hépatisation d'une large portion du parenchyme pulmonaire ; il y a souffle tubaire, broncho-égophonie et râle crépitant faible au pourtour ; le pouls est plein et fréquent, la peau chaude, les urines fortement colorées en rouge, la langue muqueuse et le ventre indolent. Diète, saignée de xx ℥ le matin, saignée de xv ℥ le soir, 6 vent. scar. dans l'intervalle sur le point douloureux : le sang se recouvre, dans l'une et l'autre saignée, d'une large couenne inflammatoire.

13. Mêmes symptômes; la phlegmasie n'a pas diminué. Saignée de xv. ℥ le matin ; saign. de xii ℥ le soir.

14. L'état de la respiration est le même ; la percussion et l'auscultation donnent les mêmes renseignements ; les crachats sont toujours très-visqueux et fortement rouillés ; la douleur devenue presque nulle ; la peau est moins chaude, mais elle demeure sèche. Saignée de x ℥ le matin ; le soir, pas d'amélioration, saignée de x ℥.

15. Nuit meilleure que les précédentes ; la peau est encore chaude, mais elle est moite ; le pouls reste fréquent, son mat, souffle tubaire, la respiration est plus facile, la toux moindre. Saignée de x ℥: le sang tiré de la veine, les jours précédents, présente toujours l'aspect couenneux.

16. Apyrexie complète, sueur abondante pendant la nuit ; le malade se trouve fort soulagé. Le son est toujours mat en arrière et à droite,

mais il y a un peu de râle crépitant. En quelques points où la respiration ne se faisait plus, elle reparaît obcure et peu sensible d'abord ; les mouvements respiratoires sont faciles ; l'expectoration est presque catarrhale. Six vent. scar. à la partie droite et postérieure du thorax ; le soir, le mieux se soutient.

17. Nuit bonne ; quatre heures de sommeil. Un vésicatoire sur la poitrine.

18. Le murmure respiratoire est net et d'une intensité remarquable ; le pouls est à peine fréquent ; la respiration est revenue à son état naturel ; plus de toux ni d'expectoration : tous les signes de pneumonie ont disparu, convalescence.

Conner sortit de l'hôpital, le 28.

